



Master en Sciences cliniques en soins infirmiers

Option : Santé mentale

Tabac et maladie schizophrénique : quelles stratégies pour maintenir un sevrage ?

Mémoire réalisé par : TARDIVEL Virginie

Sous la direction de : LECOCQ Dan

Année : 2018-2019



Master en Sciences cliniques en soins infirmiers

Option : Santé mentale

Tabac et maladie schizophrénique : quelles stratégies pour maintenir un sevrage ?

Mémoire réalisé par : TARDIVEL Virginie

Sous la direction de : LECOCQ Dan

Année : 2018-2019

À mon mari Lionel,
À mes enfants Aaron et Coline,

Remerciements

À mon Chef de pôle et ma Directrice des soins :

Je remercie le Dr YEKHLEF et Madame CHASTAGNOL de m'avoir proposé ce joli projet. Merci pour votre confiance et votre soutien durant ces deux années.

À Mireille SAINT-ETIENNE, Philippe SVANDRA, Isabelle REMY-LARGEAU et David ORLIKOWSKI :

Je vous remercie d'avoir validé ma candidature au Master d'infirmière spécialiste clinique. Merci de votre confiance. Je vous remercie infiniment d'avoir cru en moi. Ces deux années m'ont appris beaucoup, m'ont fait grandir professionnellement et personnellement.

À mon Directeur de mémoire :

Je te remercie Dan d'avoir accepté de m'accompagner dans ce travail. Merci pour ton enseignement et ton expertise en recherche qualitative.

À mes collègues de l'hôpital :

Merci infiniment Mylène pour ton soutien physique et moral durant ces années et pour ta bienveillance.

Merci Nezha pour ton soutien et ta compréhension.

Merci à Guy JAQUIER et Jean-Claude pour leur disponibilité de chaque instant.

À mes amis de l'université :

Merci à mes collègues de promotion, partenaires dans les bons moments comme les plus difficiles. Ce fut une magnifique rencontre. Je suis heureuse d'avoir partagé ces deux années avec vous. Merci d'avoir été de véritables rayons de soleil pendant ces deux années.

À mes amis :

Merci à tous pour votre soutien, vos encouragements qui m'ont porté. J'ai beaucoup de chance de vous avoir à mes côtés.

Merci infiniment Bruno pour ta présence et tes conseils de chaque instant.

À ma famille :

Un grand merci à mes parents et mes beaux-parents pour leur soutien moral et physique. Je vous remercie pour vos encouragements. Merci d'avoir soulagé mon quotidien en gardant les enfants lorsqu'il était nécessaire que je travaille de longues heures. Également, merci à ma belle-sœur et mon beau-frère pour leurs encouragements.

Et bien sûr :

J'aimerais remercier tout particulièrement les patients que j'ai rencontrés et qui ont accepté de participer à cette étude de recherche. Je vous remercie pour votre disponibilité. Merci d'avoir partagé avec moi des éléments très personnels de votre histoire de vie. Je vous remercie pour votre sincérité, vous donner un sens à tout cela.

Abréviations et Acronymes

AAH : Allocation aux Adultes Handicapés

AP-HP : Assistance Publique Hôpitaux de Paris

ARS : Agence Régionale de Santé

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

CMP : Centre Médico Psychologique

CIUSSS : Centre Intégré Universitaire de Santé et de Services Sociaux

DHOS : Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins

DGS : Direction générale de la santé

DSM-IV (TR) : Quatrième version (révisée) du Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux

DSM-V : Cinquième version du Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux

ECIMUD : Équipe de Coordination et d'Intervention auprès des Malades Usagers de Drogues

ELSA : Équipe de Liaison et de Soins en Addictologie

EM : Entretien Motivationnel

EPS : Établissement Public de Santé

HAS : Haute Autorité de Santé

INPES : Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé

MPHS : Modèle de Partenariat Humaniste en Santé

OFDT : Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

TCC : Thérapie Comportementale et Cognitive

TSN : Traitement de Substitution Nicotinique

TTT : Traitement

UE : Union Européenne

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

Figures

Figure 1 : Modèle transthéorique des changements de comportements de Prochaska et DiClemente

Figure 2 : Démarche de soins du Modèle de partenariat humaniste en santé

Figure 3 : Triangle d'Olivenstein

Figure 4 : Les étapes de l'analyse des données qualitatives

Figure 5 : Modèle du Partenariat Humaniste en Santé au regard du cycle de Prochaska

Figure 6 : Vulnérabilité - compétence - stress

Tableaux

Tableau 1 : Sujets abordés et questions posés lors de l'entretien semi-directif

Tableau 2 : Talon sociologique des participants

Tableau 3 : Analyse temporelle des sevrages et rechutes tabagiques des cinq participants

Tableau 4 : Sujets abordés et questions posés lors de l'entretien semi-directif

Tableau 5 : Analyse thématique des motivations individuelles au sevrage tabagique comprenant la fréquence d'apparition (F) des contenus thématiques et des éléments de verbatim par thème

Tableau 6 : Analyse thématique comprenant la fréquence d'apparition (F) des contenus thématiques et des éléments de verbatim par thème

Tableau 7 : Analyse de l'inefficacité des traitements par substitutions nicotiques utilisées par participant

Tableau 8 : Analyse de l'efficacité des traitements par substitutions nicotiques utilisées par participant

Tableau 9 : Synthèse des stratégies de maintien du sevrage tabagique mis en place par les patients présentant une schizophrénie

Glossaire

Aboulie : Déficit, plus ou moins profond, de la volonté. Codet, H., (1926) *Psychiatrie*. Repérée dans le Centre national de Ressources Textuelles et Lexicales <http://www.cnrtl.fr/definition/abstinence>

Abstinence : Action de se priver de certains biens matériels ou de certains plaisirs. Repérée dans le Centre national de Ressources Textuelles et Lexicales <http://www.cnrtl.fr/definition/abstinence>

Akathisie : Symptôme caractérisé par l'impossibilité de s'asseoir ou de rester assis. <https://www.cnrtl.fr/definition/acathisie>

Addiction : Goodman le définit comme un processus dans lequel est réalisé un comportement qui peut avoir pour fonction de procurer du plaisir et de soulager un malaise intérieur et qui se caractérise par l'échec répété de son contrôle et sa persistance en dépit de conséquences négatives (Ferres, 2014).

Anhédonie : Déficit dans la capacité à éprouver du plaisir. Ribot, Th. (1896). Repéré dans le Dictionnaire médical de l'Académie de médecine-version 2019. <https://dictionnaire.academie-medecine.fr/index.php?q= retrait+social>

Apathie : Absence d'énergie, manque d'initiative, indifférence habituelle. Repérée dans le Centre national de Ressources Textuelles et Lexicales <http://www.cnrtl.fr/definition/abstinence>

Apragmatisme : Trouble d'origine psychique se traduisant par l'incapacité de réaliser une action (Larousse)

Comorbidité : La comorbidité désigne la maladie. C'est une cooccurrence chez la même personne d'un trouble dû à la consommation d'une substance psychoactive et d'un autre trouble psychiatrique (Futura).

Cotinine : Alcaloïde trouvé dans le tabac et le métabolite prédominant de la nicotine. La Cotinine permet de détecter la présence ou de mesurer la concentration de nicotine dans le sang, la salive ou les urines. Repérée dans biomnis Biologie Médicale Spécialisée.

<https://www.eurofins-biomnis.com/referentiel/liendoc/precis/COTININE.pdf>

Craving : Désigne « l'envie irrépressible de consommer la substance ». (Guillin et al, 2000)

Dépendance : La caractéristique essentielle de la dépendance ou addiction est la perte de la liberté de s'abstenir. Elle se caractérise par un désir compulsif de consommer associé à la perte de contrôle de la consommation. (Critères de dépendance du DSM IV).

DSM IV : Le DSM (Diagnostic and statistical manual of mental disorders) est la classification des maladies mentales élaborée par l'Association des psychiatres américains (A.P.A.). IV est version actuelle du manuel, la quatrième.

Neuroleptique : Médicament actif sur le psychisme, utilisé plus particulièrement dans le traitement des psychoses (Larousse).

Psychoactive : substance chimique (morphine, cocaïne, par ex.) qui influe sur l'activité mentale (Larousse).

Psychostimulant : se dit d'une substance psychoanaleptique qui stimule la vigilance (Larousse).

Psychose : Affections psychiatriques graves, dont le malade n'a pas conscience, caractérisés par une désintégration de la personnalité accompagnée de troubles de la perception, du jugement et du raisonnement. Nizan. (1938). *Conspir* p. 100. Repérée dans le Centre national de Ressources Textuelles et Lexicales

<http://www.cnrtl.fr/definition/abstinence>

Psychotique : Altération globale de la personnalité bouleversant les rapports du sujet avec la réalité (Larousse).

Psychotrope : Un psychotrope est un médicament ou une substance qui agit sur le psychisme (Futura).

Rechute : Action de retomber dans un mal, dans une mauvaise habitude (Larousse).

Retrait social : Séparation d'un individu ou d'un groupe d'individus des autres membres de la société (Larousse)

Sevrage : Action de sevrer, de se désaccoutumer de quelque chose , en particulier d'une drogue (Larousse).

Somatique : Qui se rapporte au corps (Larousse).

Système extrapyramidal : Ensemble des structures du système nerveux central qui participent au contrôle des postures du corps et des mouvements (Larousse).

Tabagisme : Intoxication chronique par le tabac (Larousse).

« Quand l'individu est libre de l'intrusion des pulsions et des émotions, il recherche des situations qui l'intéressent et qui requièrent l'utilisation de sa créativité et de ses ressources personnelles. Il recherche des défis qui sont à sa mesure, ni trop faciles, ni trop difficiles. Le plaisir et l'excitation qui accompagnent l'expérience de compétence et d'autonomie sont les récompenses d'une conduite motivée intrinsèquement ».

(Deci et Ryan, 1985)

Table des matières

Introduction.....	1
CHAPITRE I : Le choix du thème	3
I. Modalité d'exercice	3
II. Situation d'appel	6
III. Présentation de la problématique	12
IV. Présentation de la question de recherche	13
V. Présentation de la préconception	14
 CHAPITRE II : Cadre conceptuel	15
I. Revue de la littérature sur le thème	15
a. Automédication.....	15
b. Stigmatisation	16
c. Représentations autour de la place du tabac en psychiatrie	17
d. Stratégie : une définition compliquée mais nécessaire	18
e. Le concept de coping dans les Sciences Infirmières	19
II. Le tabac dans l'histoire.....	20
a. Anthropologie et historique du tabac	21
b. La nicotine	23
c. Les apports de la sociologie	25
III. La schizophrénie	27
IV. Tabac et schizophrénie	29
a. Prévalence de la consommation	29
b. Particularités du tabagisme chez les patients souffrant de schizophrénie.....	30
c. Caractéristique de la consommation	31
d. Fonctions du tabac dans les troubles schizophréniques	31
e. Conséquences du tabagisme sur les antipsychotiques.....	32
V. Le sevrage tabagique.....	32
a. Des risques à l'arrêt du tabac	33
b. Prise en charge du sevrage tabagique des patients schizophrènes	33
c. Difficultés du sevrage tabagique des patients présentant une schizophrénie.....	36
d. L'addiction : un concept complexe	36

e. Différents types de dépendances à la nicotine	37
VI. Le modèle transthéorique de Prochaska et DiClemente	39
 CHAPITRE III : Cadre théorique	45
I. Le Modèle de Partenariat Humaniste en Santé (MPHS). Le paradigme de la transformation.....	45
II. Le triangle multifactoriel élaboré par le Docteur Olivenstein.....	50
 CHAPITRE IV : Méthodes.....	53
I. Type de recherche.....	53
II. La population cible.....	53
III. Les critères de sélection	54
IV. L'échantillon.....	54
V. Choix de l'outil	55
VI. Outil de collecte des données.....	56
VII. Méthodes d'analyse des résultats	56
VIII. Considérations éthiques et réglementaires	57
IX. Déroulement	58
 CHAPITRE VI : Résultats et Analyse	61
I. Talon sociologique	61
a. Caractéristique de l'échantillon étudié.....	61
b. Caractéristiques médicales.....	62
c. Caractéristiques sociodémographiques	63
d. Sevrages et rechutes des cinq participants	64
II. Thèmes ayant émergé des entretiens	66
III. SUJET 1 : Histoire avec la cigarette	67
a. Caractéristiques de la consommation de tabac	67
IV. SUJET 2 : Motivations au sevrage tabagique	70
V. SUJET 3 : Stratégies de maintien au sevrage tabagique	73
a. Quelles stratégies avez-vous mises en place lors de votre sevrage tabagique	73
Aujourd'hui, quel est votre rapport avec la cigarette ?.....	86
b. Concept de partenariat	88

c. Quels sont les bénéfices de l'arrêt du tabac ?	91
VI. Concepts centraux de l'étude de recherche.....	92
CHAPITRE VII : Discussion	94
I. Les limites de l'étude.....	94
II. Mesures prévues pour réduire et éviter les biais.....	94
III. DISCUSSION	95
a. Recommandations	99
b. Une préconception de recherche confirmée.....	99
CHAPITRE VI : Conclusion	100
Perspectives	102
Bibliographie	104
Annexe I : Questionnaire de dépendance au tabac	116
Annexe II : Guide d'entretien	117
Annexes III : Entretien numéro 4	120
Annexe IV : Autorisation de recherche clinique	134
Annexe V : Récépissé déclaration de conformité à une méthodologie de référence	135
Résumé.....	137
Abstract.....	137

Introduction

La consommation de tabac est un facteur de risque majeur pour de nombreuses pathologies, dont l'impact sur la santé publique est considérable. En France, le tabac tue 79 000 personnes chaque année, soit plus de 200 personnes par jour (Delaunay Michèle, 2017, p.5). Au regard des tendances passées et actuelles de consommation, le nombre de morts liés au tabac risque d'être multiplié par deux en 2025 (HAS Haute Autorité de Santé, 2014, p.8). Le tabac est la substance la plus consommée chez les patients atteints d'affections psychiatriques (Batra A., 2000). La prévalence du tabagisme chez les personnes souffrant de maladie mentale, particulièrement de schizophrénie, est très élevée. Ceci est documenté par de nombreuses études au cours des vingt dernières années. Cette prévalence oscille généralement entre 60 et 90 % (Brown, Inskip, & Barraclough, 2000, p.112-117). En France, 66-67 % des patients souffrant de schizophrénie fument en moyenne 22 à 27 cigarettes par jour et inhalent la fumée plus profondément. Ils ont des taux sanguins de nicotine élevés et, seulement 4 à 11 % sont d'ex-fumeurs (Dervaux & Laqueille, 2008). Comparativement, en population générale, 29 % des adultes âgés de 18 à 75 ans déclarent fumer quotidiennement du tabac (Beck F et al. 2014), soit une prévalence beaucoup moindre.

La schizophrénie est le trouble psychiatrique où l'on identifie la plus grande proportion de fumeurs. Les patients souffrant de schizophrénie présentent un taux de mortalité liée à des causes évitables dont le tabagisme, et qui sont cinq fois plus élevées que ce qui est normalement attendu dans la population générale (Brown, Inskip, & Barraclough, 2015). L'espérance de vie des patients fumeurs est réduite de dix ans par rapport à la population générale et de vingt-cinq ans pour les patients présentant une pathologie psychiatrique (Rüther et al., 2014). Enfin, les patients présentant une schizophrénie et fumeurs ont des taux plus élevés d'anti-psychotiques que les patients présentant une schizophrénie et non-fumeurs (Hajbi & Tahri, 2010).

Les taux de tabagisme restent élevés dans cette population, mais qu'en pensent les patients ? Souhaitent-ils arrêter de fumer ? Et si oui, quelles sont leurs expériences ?

Au regard de ces premières données chiffrées, ce mémoire de recherche sera réparti en chapitre. Le premier décrira le cheminement qui fut le mien et qui m'a conduit à cet objet de recherche. Le deuxième chapitre présente le cadre conceptuel comprenant les thématiques du tabac, de la maladie schizophrénique, du tabac et de la maladie schizophrénique et des possibilités d'aide au sevrage tabagique. Le chapitre trois développe le cadre théorique avec le Modèle de Partenariat Humaniste en santé (MPHS) et le triangle multifactoriel du Docteur Olivenstein, un outil indispensable dans le domaine de l'addictologie. Le chapitre quatre expose la méthodologie de recherche utilisée. Au travers une étude qualitative, nous verrons les caractéristiques du tabagisme chez les patients présentant une schizophrénie et les stratégies mises en place pour maintenir leur sevrage tabagique au-delà des six mois à l'Établissement Public de Santé de Ville Evrard (EPS). Le chapitre cinq présente les résultats et l'analyse de cette recherche clinique. Enfin, la discussion permet de présenter une synthèse des résultats au regard du cadre théorique, d'exposer les forces et les limites de ce travail de recherche ainsi que des recommandations pour la pratique clinique.

CHAPITRE I : Le choix du thème

I. Modalité d'exercice

Depuis six ans, j'exerce la profession d'infirmière au sein de l'Équipe de Liaison et de Soins en Addictologie (ELSA) de l'Établissement Public de Santé (EPS) de Ville Evrard spécialisé en santé mentale et situé en Seine Saint Denis. Précédemment, j'ai travaillé huit ans dans les hôpitaux de l'Assistance Publique Hôpitaux de Paris (AP-HP) dans les services de pédiatrie et d'urgences pédiatriques, puis quatre ans en service de maternité.

Les débuts de ce poste actuel furent pour moi un important challenge professionnel : je n'avais d'expérience avec la personne adulte et la psychiatrie qu'au travers de mes stages d'élève infirmière et de très faibles connaissances en addictologie. La population parisienne est différente de la population de la Seine Saint Denis. J'étais peu, pour ne pas dire jamais confrontée à la précarité. Il m'a fallu développer des capacités d'adaptation pour gérer certaines situations complexes telles que l'impossibilité de s'alimenter ou de se loger pour des raisons financières. Concernant l'addictologie, je me suis formée, et j'ai beaucoup lu pour ainsi développer de nouvelles compétences. Le travail en santé mentale et particulièrement en service d'addictologie est différent de celui des services de médecine, de chirurgie et d'obstétrique. Progressivement, les soins techniques ont laissé place aux soins cliniques, qui reposent sur l'observation, l'écoute, la compréhension. En psychiatrie, la relation est une technique, un travail d'accompagnement spécifique à une population. La psychiatrie et l'addictologie, demandent à l'infirmière d'agir par son rôle propre avec autonomie. Ce sont des qualités que j'ai appris à développer, et qui s'éloignent des actions menées dans le cadre d'une prescription médicale. Mes premiers contacts avec les patients présentant une pathologie psychiatrique associée à une addiction ont suscité chez moi beaucoup d'interrogations. Les symptômes de la maladie, ceux liés à la prise de produits ou au sevrage, ainsi que la sédation induite par les traitements psychotropes perturbaient les échanges et les interactions avec le patient. J'avais un sentiment de non-satisfaction concernant la qualité de mon travail. Mais lorsque je revoyais les patients pour une seconde consultation, je constatais qu'ils avaient retenu les éléments importants de cette première consultation et qu'ils s'impliquaient dans la prise en charge. Ces nouvelles fonctions n'ont

permis de construire une autre identité professionnelle où l'abord relationnel laisse place à la technique.

Partant de ce constat et souhaitant améliorer ma pratique clinique, j'ai développé une méthode de communication adaptée à cette population spécifique. Cette méthode est empathique, attentive, disponible, participative, orientée vers des objectifs communs définis entre le patient et l'infirmière, avec des échanges co-construits, co-définis entre deux experts. Le patient est expert de sa vie et de son addiction et l'infirmière, experte sur le mécanisme addictif et sa prise en charge.

La consultation individuelle représente la mission principale de la fonction. Ce temps permet d'établir un lien de proximité et de confiance avec le patient, un temps d'échange où la parole est plus libre. Les patients se confient alors plus facilement. C'est un temps pendant lequel les patients abordent des problématiques très personnelles, comme la dimension de la souffrance et de la honte, très souvent masquée, dissimulée.

Être infirmière dans une ELSA, c'est également occuper une place transversale dans un hôpital au sein d'une équipe mobile. Cette équipe est composée de trois infirmières et d'un médecin à mi-temps. Dans ce contexte, l'infirmière est amenée à travailler seule ou en binôme avec le médecin. En premier lieu, l'ELSA intervient sur demande, soit des équipes de soins de leur propre initiative, soit relayant la demande d'un patient. Les patients, également nous contactent aussi directement au décours de leur hospitalisation ou dans le cadre de leur suivi ambulatoire. Plus rarement, nous sommes interpellés par les psychiatres et les familles. À la suite de cette prise de contact, un rendez-vous dans les 24 à 48 heures est proposé pour un premier entretien avec le patient, axé sur la demande exposée. Un retour à l'équipe d'adressage est systématiquement fait par téléphone et par transmission écrite.

Depuis trois ans, nous constatons davantage d'addictions sans substances. Il s'agit d'addictions aux jeux de grattage, aux jeux de chevaux tels que le Pari Mutuel Urbain (PMU) ainsi qu'aux différents types de jeux vidéo. Cependant, l'activité principale de notre équipe concerne l'addiction avec substance : le tabac.

Pour comprendre l'intérêt de l'implantation des ELSA dans notre système de santé, il est nécessaire de resituer le contexte de leur apparition. Anciennement, ces équipes étaient appelées ECIMUD : « Équipe de Coordination et d'Intervention auprès des Malades Usagers de Drogues ». Les ECIMUD ont été introduites en 1995 dans les hôpitaux Parisiens de l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris (AP-HP) à l'initiative du Docteur Thierry Sainte-Marie et du Professeur Jean-François Delfraissy, chef de service de Médecine interne et infectieuse (Bioy, Sainte-Marie, & Delfraissy, 2003). Cette inscription nous situe dans un temps marqué par la préoccupation des infections comorbidées intervenant dans le champ de la toxicomanie. Le développement des infections au Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH) a accéléré la politique de réduction des risques en toxicomanie.

Puis, en 1996 les ECIMUD ont laissé place aux Équipe de Liaison et de Soins en Addictologie (ELSA). Les ELSA sont maintenant des acteurs clés de la prise en charge des personnes souffrant d'addictions. Ces équipes ont vu leur cadre de fonctionnement et leurs missions précisés par la circulaire DHOS/DGS du 8 septembre 2000. Les ELSA sont des équipes transversales intervenant lorsqu'un patient est hospitalisé pour des raisons somatiques ou psychiatriques et qu'il rencontre des problèmes d'addictions. La mission principale de ces équipes est d'assurer l'harmonie délicate entre pratique de soins lors d'une hospitalisation et conduites addictives.

La circulaire DHOS du 26 septembre 2008, définit leur place dans la filière hospitalière de soins en addictologie (DGOS, 2019).

Les missions principales des ELSA sont de :

- Intervenir auprès des patients pendant l'hospitalisation et après l'hospitalisation en partenariats avec les équipes soignantes ;
- Développer des liens avec les différents acteurs intra et extra-hospitalier pour améliorer la prise en charge des patients et de leur suivi ;
- Garantir un travail de liaison entre praticiens ou centres référents et le cadre hospitalier ;

- Former, accompagner et conseiller les soignants des différents services ou structures de soins non addictologiques sur les questions de prévention, de diagnostic, de prise en charge et d'orientation des patients ;
- Encadrer les étudiants durant en stage ;
- Mener des actions de santé publique lors des journées Nationales comme la journée sans tabac, le Mois sans tabac. Il s'agit également, de créer des occasions pour animer des actions de prévention.

II. Situation d'appel

En tant qu'infirmière d'addictologie, un élément interpelle ma pratique quotidienne. Il s'agit de l'addiction au tabac des patients de notre établissement psychiatrique. De voir cette population être constamment en train de fumer, m'interroge. Cette addiction au tabac entraîne des répercussions somatiques associées à leurs pathologies psychiatriques, dont des comorbidités importantes. Au regard des rapports d'activités annuels de L'ELSA de Ville Evrard, j'observe que la majorité (80%) des demandes concerne une prise en charge liée à une addiction au tabac. Cette donnée interpelle ma pratique d'infirmière d'addictologie en santé mentale. De nombreux auteurs ont mis en évidence la place importante du tabac chez les patients en santé mentale. Diverses réponses ont été apportées pour expliquer la forte dépendance au tabac des patients principalement ceux présentant une schizophrénie.

La situation d'appel concerne les patients souffrant d'une schizophrénie. L'addiction au tabac chez les patients présentant une schizophrénie représente une comorbidité lourde. Par ailleurs, les données de la file active de l'ELSA de l'EPS de Ville Evrard, mettent en lumière que les patients présentant une schizophrénie sont ceux, comparés aux autres maladies mentales qui demandent le moins un sevrage tabagique. Ce constat est en corrélation avec la littérature scientifique. « Le taux d'arrêt du tabac est environ deux fois plus faible chez les patients schizophrènes qu'en population générale » (De Leon & Diaz, 2005), (Williams et al., 2005). Néanmoins, il est important de noter que les patients atteints d'affections psychiatriques sont autant motivés que la population générale pour se sevrer du tabac mais

les taux de réussite sont plus faibles que dans la population générale (De Leon & Diaz, 2005).

Je constate, en qualité d'infirmière d'addictologie qu'en abordant le sujet de l'addiction au tabac avec les patients hospitalisés, il est rare qu'ils interrompent la discussion. Au contraire, les patients demandent des informations et font des remarques pertinentes, comme Monsieur D, hospitalisé depuis bientôt 2 mois : « *je fume beaucoup vous savez, je fume pour m'occuper, pour passer le temps, parce que je m'ennuie, je suis seul, y'a rien à faire ici* ». Le tabac a une place dans la temporalité. Pour beaucoup, cela rythme les journées, occupe l'ennui. Ces patients sont conscients que leur tabagisme peut parfois être excessif.

La schizophrénie touche 1 % de la population mondiale dont 600 000 personnes en France (Crocq, 2012). Elle suscite encore de la stigmatisation. La schizophrénie est une maladie mentale chronique qui touche le cerveau affectant le cours de la pensée, les sentiments et les émotions. Elle se manifeste par une perte de contact avec la réalité et des délires hallucinatoires. Ces troubles ont des conséquences importantes pour les personnes qui en souffrent. En effet, les taux de mortalité sont 2 à 3 fois plus élevés qu'en population générale (National Collaborating Centre for Mental Health (UK), 2014). Ils sont de plus associés à un risque accru de suicide dans les premières années de la maladie. Pratiquement, la moitié des patients souffrant de schizophrénie font au moins une tentative de suicide durant leur vie et 10% en meurent. La schizophrénie a un impact important sur l'adaptation sociale entraînant une exclusion sociale et des difficultés relationnelles. Cette maladie entraîne une grande souffrance chez la personne et ses proches.

La schizophrénie fait partie des dix pathologies les plus préoccupantes du XXI^e siècle (Roule Marie-Joelle & Gaillard Afsaneh).

La schizophrénie n'affecte pas l'intelligence à proprement parler de la personne. L'état de conscience et les capacités intellectuelles sont généralement protégés. Les troubles cognitifs associés à l'évolution de la pathologie sont actuellement mieux connus. Quelques déficits cognitifs peuvent apparaître au cours de l'évolution, l'apprentissage, du traitement de l'information (Roule Marie-Joelle & Gaillard Afsaneh). Mais ces répercussions sont très hétérogènes. C'est un constat que je retire de ma pratique professionnelle et plus

particulièrement au travers de l'étude de recherche que j'ai menée dans le cadre du master. J'ai découvert des patients qui m'ont surprise par la limpidité et la précision de nos échanges, présentant des ressources quel que soit leur niveau d'études. Je tiens à préciser toutefois que les patients que j'évoque n'étaient pas en phase aiguë de la maladie et étaient à l'initiative de ce sevrage tabagique.

Pour avoir de meilleurs repères dans la nosographie, on ne doit pas parler des « schizophrènes » mais des « individus présentant une schizophrénie ». Il est ainsi plus approprié d'utiliser ce terme d'individus présentant une schizophrénie afin de préserver le caractère humain de la personne malade (Bourgeois, 2017).

Les patients souffrant de schizophrénie sont toujours victimes de stigmatisation. Ils sont considérés comme des patients difficiles, et peu observants. Ainsi, ils ne bénéficient pas de tous les soins adaptés. C'est une réalité que je rencontre lorsque je m'entretiens de façon informelle avec ces patients pour évoquer l'addiction au tabac. Ainsi, j'entends de la part des soignants et des médecins : « *Laissez-les tranquille, laissez-les fumer* ». Ces propos ne s'inscrivent pas dans une démarche méprisante à leur égard. Mais je pense que ces paroles sont formulées par méconnaissance des possibilités et des ressources de sevrage tabagique dont sont capables ces patients.

Depuis mes six années d'exercice en addictologie dans le même établissement de santé, force est pour moi de constater que croyances et représentations autour de la cigarette sont nombreuses et persistent dans les services de psychiatrie, en dépit des politiques en vigueur. Le décret du 15 novembre 2006 fixe « les conditions d'application de l'interdiction de fumer dans les lieux affectés à un usage collectif ». Il interdit la consommation de tabac dans les hôpitaux. Dans l'établissement dans lequel je travaille, ce décret n'est pas appliqué. Pourtant l'interdiction de fumer dans les hôpitaux psychiatriques est un élément essentiel de réponse à cette problématique. Interdire de fumer dans les hôpitaux protège non seulement les non-fumeurs de l'exposition passive à la fumée de tabac, mais protège aussi les fumeurs eux-mêmes lors des hospitalisations qui entraînent des risques de commencer à fumer ou de rechuter (Allilaire Jean-François et al., 2009, p.90). Tout comme le stipule Iglesias *et al.* (2008), de nombreux établissements psychiatriques laissent les patients fumer malgré l'interdiction. Le tabagisme est considéré comme un moindre mal, voire comme « une

béquille », un soutien psychologique. Dans ces situations, il est difficile d'installer une prise en charge spécifique des patients dans les services de psychiatrie. Selon Addington *et al.* (1998), les soignants ont longtemps considéré l'addiction au tabac comme étant normale chez les patients atteints de troubles psychiatriques. Ces patients se voyaient rarement proposer une prise en charge et un traitement pour l'arrêt de tabac.

Au sein de mon établissement, ces représentations évoluent lentement. Ceci a été possible grâce à la présence de notre équipe, et également de nos nombreuses actions de sensibilisation et d'information que nous proposons au personnel de l'EPS de Ville Evrard. Néanmoins, les équipes paramédicales et médicales ont souvent tendance à penser que les patients souffrants de troubles psychiatriques ne disposent pas d'une motivation suffisante pour cesser de fumer. Elles estiment que les patients ne pourraient pas réussir un sevrage tabagique, que leur trouble psychiatrique serait plus important voire même que les traitements proposés n'auraient pas d'effets sur eux. Ces soignants pensent également que l'arrêt du tabac pourrait déstabiliser la pathologie psychiatrique. C'est pourquoi ces patients ne bénéficient pas des mêmes incitations pour l'arrêter du tabac que les personnes sans affections psychiatriques. Les soignants en psychiatrie préfèrent laisser les patients fumer. Willaing *et al.* (2004) précise que les soignants, principalement ceux qui sont eux-mêmes fumeurs, ont souvent tendance à minimiser les conséquences sanitaires de l'addiction au tabac (par rapport aux soignants non-fumeurs). Olivier *et al* (2007) ajoutent que jusqu'à 80 % des interactions sont centrées sur le tabac chez les patients hospitalisés. La cigarette est la plupart du temps un support de relations sociales, un élément permettant un lien et un échange entre soignants et patients souffrant d'affections psychiatriques ; un « médiateur thérapeutique » en quelque sorte. Toutefois, en changeant la norme sociale, les interdictions de fumer valorisent le statut de non-fumeurs et altère le caractère intégratif de l'acte de fumer. Historiquement, les soignants ont utilisé les cigarettes comme monnaie d'échange pour obtenir la collaboration des patients. Les interdictions de fumer dans les hôpitaux psychiatriques (à l'intérieur des bâtiments) ont cependant réduit l'importance des cigarettes dans la relation soignante, ce qui devrait conduire à l'abandon progressif de cette pratique et à son remplacement par d'autres approches (Allilaire Jean-François et al., 2009, p.91).

Il est encore difficile de faire reconnaître la pertinence et la nécessité d'un service d'addictologie dans un hôpital spécialisé en santé mentale. Mon travail consiste en grande partie à susciter la motivation et à encourager les démarches de sevrage des patients qu'elle soit partielle ou complète. Je constate que cette réussite du sevrage tabagique aide ces patients schizophrènes à renforcer leur même propre estime de soi et améliore leur qualité de vie. « *Je ne pensais pas pouvoir y arriver* », « *vous savez, je suis fier de moi* », « *je me sens libre* ».

Parler du tabagisme permet également de ne pas se focaliser uniquement sur la maladie psychiatrique. L'arrêt du tabac semble être une préoccupation pour les patients eux-mêmes. Cependant, les patients présentant une schizophrénie ressentent davantage de difficultés à arrêter de fumer que les autres patients, comme l'exprime Monsieur A, un exemple parmi tant d'autres : « *j'ai déjà essayé de ne plus fumer mais c'est trop difficile, je n'y arrive pas !* ». Et lorsqu'ils y parviennent, les rechutes sont généralement plus fréquentes (70 %) après six mois de sevrage (Dervaux & Laqueille X, 2015). Ces difficultés sont visiblement associées aux symptômes cognitifs induits par le sevrage, en particulier aux difficultés de concentration et d'attention, plus sévères que dans la population générale. De plus, ces patients distinguent moins bien que les patients ne relevant pas de la santé mentale, les effets nocifs du tabac sur leur santé (Dervaux & Laqueille, 2015, p.14-15). Enfin, selon les dernières données du Centre National de la Recherche Scientifique (CNRS), de nombreux patients souffrant d'une schizophrénie présentent une dépendance à la nicotine et fument des cigarettes pour alléger de leurs symptômes, comme une forme d'automédication pour améliorer les déficits dus à leur maladie ou pour diminuer les effets secondaires pesants de leur traitement (léthargie, perte de motivation, ...) (Futura, 2017).

Notons aussi qu'une étude a montré que l'administration de nicotine transdermique améliore certaines fonctions cognitives chez les sujets non-fumeur présentant une schizophrénie (Allilaire Jean-François et al., 2009, p.26).

Cependant, il existerait d'autres obstacles auxquels seraient confrontés ces patients : ce sont des réticences des soignants et des médecins psychiatres concernant l'arrêt du tabac chez les patients présentant une schizophrénie, suite à la persistance des représentations autour de la place du tabac en psychiatrie : L'idée sous-jacente qui est le premier argument, est que

l'arrêt du tabac pourrait altérer la stabilité du patient et précipiter une décompensation de sa maladie psychiatrique voire aggraver sa pathologie. Interdire le tabagisme conduirait incontestablement à des désordres psychiques (décompensation, aggravation des troubles quels qu'ils soient) ajoutant des souffrances supplémentaires pour les patients et à des complications institutionnelles (violences, conflits, trafics) pour les soignants. Fumer parviendrait donc à calmer les souffrances psychiques des patients. L'on pourrait aussi certifier, dans une conception plus addictive, que les restrictions de tabac créeront des états de manque, causes de souffrance et de désordres psychiques et institutionnels.

Le deuxième argument est thérapeutique et relationnel. Les réductions de tabac trop conséquentes risqueraient de bouleverser les effets socialisant de l'acte de fumer avec des échanges autour de la cigarette entre patients, mais aussi entre patients et soignants (échanges de cigarettes, de feu, de paroles, de dons et de prêts...) ainsi que je l'évoquais plus haut. Or, nous savons combien en psychiatrie les opportunités relationnelles sont précieuses et nécessaires à préserver car elles contribuent à la stratégie thérapeutique.

Ces arguments cliniques, thérapeutiques, institutionnels, techniques et philosophiques sont souvent mis en avant pour donner une explication à la tolérance face à l'addiction au tabac. Cela révèle des aspects importants et spécifiques à la psychiatrie qu'il ne faut certainement pas occulter (Bouvet, 2007).

Or, plus de quinze études concordantes ne présentent pas de modification de la symptomatologie psychotique lors de l'arrêt du tabac (Bouvet, 2007). L'arrêt de l'addiction au tabac ne s'accompagne donc pas d'une aggravation chez les patients de leurs difficultés d'attention, d'apprentissage verbal et de mémoire, de la mémoire de travail et des fonctions exécutives. Reste que si les symptômes de sevrage sont réels à l'arrêt du tabac chez les patients présentant une schizophrénie, tout comme en population générale, il existe une altération des fonctions cognitives chez les patients schizophrènes plus importantes qu'en population générale durant la phase d'arrêt du tabac (Allilaire Jean-François et al., 2009).

III. Présentation de la problématique

C'est sur cette situation d'appel que j'ai axé ma recherche clinique. Je m'intéresse particulièrement à la maladie schizophrénique. C'est une pathologie mentale fortement stigmatisée par des notions très présentes de « dangerosité », d'« imprévisibilité », d'« irresponsabilité » (Breton et al., 2010). « Le fou » intégré ou écarté par le groupe social est toujours considéré en dehors des normes. Les représentations sociales liées à ces stéréotypes nous entraînent à nous figurer le monde de façon réduite. Les conséquences de la stigmatisation sont de plusieurs ordres (Lamboy & Saïas, 2013) :

- Personnel : avec une baisse de l'estime de soi, un sentiment de honte, de culpabilité, d'infériorité, qui génère du stress et un isolement.
- Sociale : entraînant une exclusion du monde du travail, des difficultés à obtenir un logement, une perte des droits civiques (pour les personnes sous tutelle ou curatelle), des difficultés d'adaptation et une marginalisation.
- Soins : des difficultés d'accès aux soins, des abandons thérapeutiques, des privations de liberté et des manques d'information.

Cette stigmatisation participe à l'exclusion sociale des personnes souffrant de troubles psychiques et réduit leurs chances de guérison. La maladie schizophrénique s'exprime le plus souvent à l'adolescence, entre 15 et 25 ans. Elle peut être diagnostiquée plus tôt, mais est actuellement très peu repérée chez les enfants. Dans 35 à 40 % des cas, elle se déclare par des débuts aigus, avec des bouffées délirantes, nécessitant une hospitalisation (Inserm). De mon regard personnel, je trouve que la maladie se manifestant tardivement est d'une violence extrême. Les premières manifestations sont brutales et majoritairement suivies d'une hospitalisation comme un véritable « tsunami » pour le patient, sa famille et son entourage. Néanmoins, certains patients arrivent à prendre conscience de leur maladie et « acceptent » de vivre avec. La pathologie peut être stabilisée, et certains vont faire une

démarche concernant leur addiction au tabac. La littérature précise que les patients présentant une schizophrénie sont motivés mais demandent peu un sevrage tabagique.

L'addiction au tabac chez les patients présentant une schizophrénie est un problème majeur de santé publique qu'il ne faut plus sous-estimer ni banaliser. L'impact sanitaire de la consommation de tabac chez les patients présentant une schizophrénie est majeur. Il est un facteur de mortalité prématurée dans cette population (Allilaire Jean-François et al., 2009, p.77). Ce constat justifie pour moi l'intérêt d'approfondir cette problématique qu'est : **le sevrage tabagique chez les patients présentant une schizophrénie.**

IV. Présentation de la question de recherche

J'ai constaté au travers de mes différentes recherches que la schizophrénie fait l'objet de nombreux travaux de recherche mais peu sur les stratégies de sevrage mises en place par ces patients pour maintenir leur abstinence tabagique.

Au regard de toutes ces données, la question de recherche a été formulée de la façon suivante : « **Quelles sont les stratégies que les patients présentant une schizophrénie identifient comme les ayant aidés à maintenir leur sevrage tabagique ?** »

J'ai choisi ces thématiques de travail, car elles m'intriguent, et même me passionnent. Je veux en effet à la fois comprendre ce que vivent les patients, les écouter s'exprimer sur leurs vécus et leurs expériences de sevrage tabagique, pour explorer les éléments qu'ils ont mis en place pour arrêter leur tabagisme et le maintenir. Comment sont-ils parvenus à gérer leur dépendance « malgré tout » ? En effet, au regard de la stigmatisation dont font l'objet ces patients et de la persistance des représentations autour de la place du tabac en psychiatrie, comment des patients présentant une schizophrénie font-ils pour arrêter leur tabagisme et comment vivent-ils aujourd'hui sans tabac ?

V. Présentation de la préconception

Je formulerais en préconception, que **les participants sont capables d'identifier des facteurs spécifiques qui expliquent selon eux pourquoi ils ont réussi à maintenir leur abstinence au tabac.**

Parmi ces facteurs spécifiques, je pense que **les patients vont verbaliser que l'accompagnement de l'infirmière (e) en tabacologie a été un facteur aidant pour maintenir un sevrage tabagique.**

Ceci constituerait mon « hypothèse » dans le cadre d'une recherche quantitative. En méthode qualitative, il ne s'agit pas de l'infirmière ou de la confirmer, mais bien d'en être consciente pour éviter d'influencer le discours des participants lors des entretiens et d'orienter l'analyse des résultats en gardant cette « hypothèse » à distance.

CHAPITRE II : Cadre conceptuel

I. Revue de la littérature sur le thème

L'analyse de concept requiert l'accès à des dictionnaires (linguistiques, médicaux, psychologiques, etc). J'ai mené une recherche bibliographique sur plusieurs banques de données : Cairn, PubMed, Sciences direct, l'Encéphale, Addiction Review ainsi que sur des revues électroniques afin de réaliser la recension des écrits de façon exhaustive. J'ai utilisé le logiciel spécialisé Zotero qui a été un atout pour faciliter la gestion des écrits scientifiques et les références bibliographiques.

Lors de mon stage à l'Université Libre de Bruxelles (ULB), j'ai utilisé la base de données bibliographique CINAHL dans laquelle j'ai retrouvé des références. Les mots-clés ou groupes de mots utilisés ont été (en français et en anglais) : « schizophrénie », « schizophrenia », « tabagisme, tabac », « tabacco », « rechute », « relapse », « sevrage tabagique », « tabacco cessation », « dépendance à la nicotine », « nicotine addiction », « épidémiologie du tabagisme », « epidemiology of smoking », « comorbidités psychiatriques », « psychiatric comorbidity », « stratégie » « strategy ».

J'ai également pris contact et échangés par mail avec des auteurs d'études scientifiques pour évoquer ensemble de cette thématique qu'ils connaissent bien.

Pour expliciter certains des termes et concepts les plus importants, utilisés dans ce travail nous avons souhaité les présenter avec un regard sociologique ou psychologique :

a. Automédication

Le tabac réduirait-il réellement les effets indésirables extra pyramidaux et cognitifs inférés par les neuroleptiques ? Les études sont partagées !

Certaines n'ont pas retrouvé de fréquence plus élevée de fumeurs chez les patients présentant une schizophrénie traitée par neuroleptiques que chez les patients non traités. Ce qui ne va pas dans le sens de l'automédication des effets indésirables des neuroleptiques.

D'autre part, le fait que 77 % à 90 % des patients aient débuté leur consommation de tabac avant le début des troubles, notamment avant de débiter un traitement neuroleptique suggère que la prise de médicaments n'est pas non plus en faveur de cette hypothèse. Cependant elle pourrait contribuer à sa pérennisation (Allilaire Jean-François et al., 2009, p.78).

Par ailleurs, les effets psychostimulants de la nicotine pourraient corriger les déficits cognitifs notamment dans les processus attentionnels, avérés normalisés lorsque les patients schizophrènes fument (Ludivape, 2019).

De plus, chez des patients non-fumeurs traités par neuroleptiques pour des troubles psychotiques, il a été démontré un effet positif des patchs transdermiques de nicotine sur certains symptômes. La nicotine atténuerait les effets secondaires des neuroleptiques (effets antiparkinsoniens) connus pour induire des symptômes extrapyramidaux (agitation ou akathisie) (Ludivape, 2019).

Également, les patients atteints de schizophrénie peuvent aussi consommer de la nicotine pour faire face à leurs troubles de l'humeur, comme l'anhédonie, ou plus couramment pour améliorer leurs symptômes négatifs (apathie, manque de motivation) (Ludivape, 2019).

b. Stigmatisation

Le mouvement de désinstitutionnalisation et la politique de secteur font que de nombreux patients, dont ceux présentant une schizophrénie, vivent au cœur de la cité et non plus à l'hôpital.

« Le fou » est intégré ou écarté par le groupe social, continuellement regardé comme étant en dehors des normes, et la maladie mentale comme distincte des autres maladies. Une enquête menée en 2009 par la Fondation FondaMental et Ipsos auprès de la population française, avait démontré que la schizophrénie est la pathologie ayant le taux "d'acceptation sociale" le plus faible dans les différents troubles psychiatriques (« La stigmatisation de la schizophrénie constitue un obstacle au rétablissement », 2018). Par ailleurs, les études

réalisées en France et à l'étranger, auprès de la population générale sur les représentations de la « folie » dévoilent des images dévalorisantes et stigmatisantes. Ainsi « dangerosité », « imprévisibilité », « irresponsabilité » sont les qualificatifs utilisés pour désigner les personnes présentant une schizophrénie (Breton et al., 2010). « Vivre avec une schizophrénie, c'est à la fois subir les symptômes et supporter les préjugés et le rejet social associés » (« La stigmatisation de la schizophrénie constitue un obstacle au rétablissement », 2018).

Et les patients présentant une schizophrénie, que ressentent-ils ? Comment vivent-ils cette stigmatisation ?

Une étude réalisée en 2010 dans la Creuse auprès de quarante patients schizophrènes stabilisés, a donné des résultats surprenant (Breton et al., 2010). Les patients schizophrènes ne perçoivent pas la stigmatisation de leur maladie. Cette donnée n'est pas en accord avec les travaux repris dans la littérature. Car, ces dernières années, des campagnes d'éducation populaires ont vu le jour pour lutter contre la stigmatisation des malades mentaux, et plus particulièrement des schizophrènes. Ces programmes réalisent des outils et des actions pour encourager les personnes à s'arrêter, à réfléchir et à comprendre ces maladies. Ces campagnes affirment qu'il est possible d'obtenir des évolutions au niveau des attitudes de chacun, mais qu'il nécessite de conduire le travail sur des interventions ciblées favorisant les contacts directs avec les malades.

c. Représentations autour de la place du tabac en psychiatrie

Plusieurs définitions historiques de la langue française définissent le concept de représentation. Celle de Fisher retient mon attention (1987). « La représentation sociale est la construction sociale d'un savoir ordinaire élaboré à travers les valeurs et les croyances partagées par un groupe social concernant différents objets (personne, événements, catégories sociales etc.) et donne lieu à une vision commune des choses, qui se manifeste au cours des interactions sociales » (Représentations (sociales), in Monique Formarier et al., *Les concepts en sciences infirmières* (2^{ème} édition), Association de recherche en soins infirmiers (ARSI) « Hors collection », 2012, p.265-266). Aujourd'hui dans les services de

psychiatrie, les réticences des soignants aux contraintes anti-tabac en psychiatrie sont toujours vivaces. Le principal argument avancé est sanitaire et concerne la souffrance psychologique des patients. Le deuxième argument est thérapeutique et relationnel. Également, des arguments de liberté sont également mis en avant : « laissons à chacun le choix de ses comportements, de ses plaisirs et de ses solutions » (Bouvet, 2007). Le problème de l'addiction au tabac en psychiatrie, si on l'envisage dans la plupart de ses prolongements, est vivement impliqué dans de nombreuses dimensions de la psychiatrie Française actuelle.

d. Stratégie : une définition compliquée mais nécessaire

Une définition consensuelle de la stratégie reste difficile tant les différentes propositions pour la définir suivent l'évolution des mœurs des populations.

Le "Petit Robert" de 1972 propose deux définitions de la stratégie dans le domaine militaire. Étymologiquement, le mot « stratégie » vient du grec ; « strates » signifiant « armée » et « agos » égalant « je conduis ». La stratégie représente l'art de conduire les armées en temps de guerre, mais aussi en temps de paix.

Le Dictionnaire Hachette de 2001, précise que la stratégie est l'art de combiner des opérations pour atteindre un objectif. Voir stratégie électorale, commerciale (GIL)

Le Dictionnaire de Stratégie de Thierry de MONTBRIAL et de Jean KLEIN (PUF, 2000) propose : "La stratégie est la science ou l'art de l'action humaine finalisée, volontaire et difficile. Elle vise à conférer un "caractère conscient et calculé aux décisions par lesquelles on veut faire prévaloir une politique" (GIL).

Le concept stratégique s'est vu imposé d'une caractéristique, celle de la planification. Elle va permettre d'établir des choix à moyen et long terme qualifiés de tactiques.

En 1984, dans un de ses ouvrages, Alain Charles Martinet professeur émérite définissait la stratégie de la manière suivante : « la stratégie désigne l'ensemble des critères de décision, choisis par le noyau... « (la direction) », pour orienter, de façon déterminante et sur la durée, les activités et la configuration de l'entreprise... » (Siegel, 2008).

Le Centre National des Ressources Textuelles et Lexicales (CNRTL) quand lui propose : « Manière d'organiser, de structurer un travail, de coordonner une série d'actions, un ensemble de conduites en fonction d'un résultat ».

D'un point de vue psychologique, les définitions de stratégie se dirigent toutes vers le faire face de coping.

e. Le concept de coping dans les Sciences Infirmières

Dans l'ouvrage *Les concepts en Sciences Infirmières* – 2ième Edition (Formarier & Jovic, p.126-129), le Docteur Anne-Marie Pronost décrit ce concept comme à un processus dynamique autour de la personne, un mode de faire face à une situation stressante, variable selon la situation, selon l'état du sujet et selon le stade d'interactions entre le sujet et la situation (Pronost, 2012). Selon elle, il est un facteur stabilisateur car il permet à l'individu de maintenir une adaptation psychosociale pendant les périodes de stress. Les techniques de coping sont utiles pour aider les patients à surmonter les déficits de leurs compétences sociales et à faire face aux événements stressants (Lazarus & Folkman, 1984).

Le mot coping appartient au vocabulaire de la psychologie de la santé. Il provient de « to cope », faire face et se traduit par mode d'adaptation, ou encore mode d'ajustement.

Différentes autres approches sont proposées pour définir le concept de coping. L'approche de la théorie cognitivo-émotionnelle du coping me semble la plus adaptée au regard de ma situation qui est de m'intéresser aux stratégies que mettent en place les patients présentant une schizophrénie pour maintenir un sevrage tabagique. Situé dans le courant de la

phénoménologie cognitive, la théorie de Lazarus et Folkman (1984) présente le coping comme une transaction entre l'individu et l'environnement. Le coping intervient comme modérateur entre l'événement stressant et la détresse émotionnelle. Ceci prend tout son sens au regard de la population schizophrène ayant une addiction au tabac « *Vous savez je fume comme je suis stressée ça me détend* ».

Ce concept de coping présente des attributs qui sont indissociables de celui du stress. Les stratégies de coping peuvent être centrées sur l'émotion, sur la recherche de soutien social ou focalisée sur le problème. La cigarette peut être socialement perçue de façon positive dans les situations de recherche de soutien social ou de résolution de problèmes : « *J'ai du mal à aller vers les autres, ma cigarette me donne une contenance, je suis avec les fumeurs* ». Mais elle peut être de façon négative pour les stratégies centrées sur l'émotion (Pronost, 2012).

Ma revue de littérature étant en grande partie constituée, j'ai réalisé une fiche de lecture pour chacun des documents. J'ai ensuite créé une méta analyse qui a permis de faire ressorti les éléments principaux.

À partir de cela, j'ai pu intégrer les éléments importants et songer à l'exploitation de ma recherche.

Nous allons à présent nous appuyer sur le Modèle de Partenariat Humaniste en Santé (MDPH) pour confronter l'analyse de mon sujet de recherche.

II. Le tabac dans l'histoire

Approfondir l'origine du tabac permet de comprendre la structure de l'identité de certains groupes sociaux et expressions. Pourquoi fume-t-on ? Pourquoi arrête-t-on ? Pourquoi est-ce si difficile d'arrêter ? Par un tour d'horizon à la fois historique, sociologique et anthropologique du tabagisme dans les sociétés occidentales, nous allons essayer d'explorer

les rapports complexes entre l'Homme et le tabac, les diverses utilisations et représentations ainsi que les études récentes.

a. Anthropologie et historique du tabac

L'histoire de l'humanité nous montre que les humains ont continuellement été curieux de trouver des plantes ayant des effets plaisants ou médicinaux. Le tabac a été utilisé en Amérique du Sud depuis l'époque précolombienne jusqu'à nos jours à des fins magico-religieuses, médicinales et récréatives.

Le tabagisme cérémonial était utilisé dans le chamanisme, il y a environ 8 000 ans. Les Indiens d'Amérique ont identifié la nicotine comme insecticide fort pour la protection des semences et vermifuge humain. Les chamans donnaient d'importantes quantités de nicotine pour causer une intoxication aiguë, ce qui provoquait des états catatoniques entraînant la mort symbolique (Ludivape, 2019). Au fil des siècles, l'usage du tabac est devenu commun dans la majorité des régions du monde.

De la découverte du tabac à aujourd'hui : dangers ou consommations ? Des représentations fluctuantes.

« La fumée a fasciné l'homme bien avant qu'il connaisse le tabac. Subtile émanation visible du feu, elle semble lui emprunter sa force en s'élevant vers le ciel » (Molimard).

En Europe, le tabac était inconnu jusqu'au XVe siècle. Puis, il est progressivement importé sous l'élan des grandes explorations de la Renaissance. En France, c'est Jean Nicot de Villemain, Ambassadeur de France au Portugal, qui l'introduit en 1560, faisant parvenir des graines de tabac à Catherine de Médicis pour soulager ses migraines (Bourgeois Marc-Louis, 2017), (Reynaud M, Karila L, Aubin HJ, & Benyamina A, 2016). L'utilisation médicinale a clairement favorisé la progression de l'usage, principalement dans les sociétés aristocratiques et bourgeoises. Présenté comme remède universel, le tabac supposait guérir les nausées, plaies, ulcères, dartres, morsures de chiens enragés, rhumatismes. Comme ils

étaient onéreux, Catherine de Médicis encouragea sa culture en Bretagne, Gascogne et Alsace (Molimard). Jean Nicot n'imaginait pas que « son » herbe occuperait, plus de quatre siècles après, une telle place dans nos mœurs.

La guerre 14-18 va voir une augmentation considérable de l'usage du tabac chez les hommes. Le tabac a habituellement fait partie de la ration du soldat. Figure de virilité, il dissimule l'ennui, maintient la convivialité du groupe, en garantissant l'éveil en cas d'alerte. Il relaxe et atténue l'angoisse. Le soldat blessé qu'on amputait avant l'anesthésie, serrait très fort sa pipe entre les dents. Mourir, c'était alors "casser sa pipe" (Molimard). D'autres expressions semblables étaient utilisées comme « par tête de pipe » pour dire « par personne », et « aller au casse-pipe » pour partir à la guerre.

Claude Bernard (1813-1878) prouve le caractère toxique de la nicotine après des expériences réalisées sur des animaux en 1809, puis démontrées en **1950** par l'étude de Doll et Hill médecins épidémiologistes britanniques qui mettent en évidence un lien entre tabac et cancer bronchique. Plusieurs grandes études épidémiologiques sont publiées prouvant incontestablement la toxicité du tabac. On signale qu'il est à l'origine de nombreux cancers du poumon et affections cardio-vasculaires. Cependant, fumer reste bien considéré, voire socialement valorisant surtout lorsqu'on fume certaines marques que la publicité associe à l'élite de la société (Reynaud M, Karila L, Aubin HJ, & Benyamina A, 2016, p.539-42).

En 1953, les trois quarts des hommes et un tiers des femmes fument quotidiennement ou occasionnellement (Morel A, Couteron JP, & Fouillard P, 2015, p.121-33).

Dans **les années 70**, celui qui fumait des cigarettes était en général moins bien accepté, moins valorisé et en fin de compte parfois stigmatisé et culpabilisé. Il est considéré par une partie de l'opinion comme manquant de volonté et de discipline personnelle. Les messages alarmants des scientifiques quant à la toxicité du tabac avaient en effet connu un certain retentissement (anthropologie du tabac, 1997). Une des premières lois anti-tabac fut celle promulguée en France, en **1976**, par Simone Veil, alors ministre de la Santé.

Aujourd'hui, l'objectif est de « dénormaliser » la cigarette. La tabacologie est au cœur de la santé. Les pouvoirs publics, que ce soit à l'échelon national ou européen, lancent de vastes campagnes anti-tabac. Sous l'effet des stratégies anti-tabac, le tabagisme a sensiblement régressé en France. Aujourd'hui, selon les résultats du Baromètre annuels de Santé Publique France, on recense 1,6 million de fumeurs en moins en deux ans. Il s'agit d'une ampleur inédite, de l'ordre de 12 % en deux ans. La prévalence du tabagisme quotidien a été, en 2018, de 25,4 %, chutant de 4 points en deux ans. Ces résultats traduisent l'impact de la politique cohérente, déterminée et de ses nombreuses mesures (Guignard, 2019). Comme, l'inscription dans le temps de l'opération « Moi(s) sans tabac » avec déjà trois éditions ainsi que l'annonce du plan national de lutte contre le tabagisme (PNLT) qui succède au PNRT (Plan National de Réduction du Tabagisme) pour 2018-2022.

En 2012, la Cour des comptes avait souligné que les plans gouvernementaux n'avaient pas assez investi la tabacologie entre 2000 et 2010. L'année 2018 a été une phase clé pour la tabacologie. En mai dernier et pour la première fois, il a été recensé un million de fumeurs en moins, avec une réduction de la prévalence tabagique pour les personnes les moins éduquées et au chômage et une réduction significative du tabagisme chez les jeunes de 17 ans avec la couverture à 65 % des traitements pharmacologiques de l'arrêt du tabac (traitement de substitution nicotinique).

b. La nicotine

La nicotine découverte en 1806 par Louis Nicolas Vauquelin, est appelée ainsi en référence à Jean Nicot. La nicotine a le potentiel addictif le plus important parmi toutes les substances psychoactives, devant l'héroïne, l'alcool et la cocaïne (HAS. Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours. 2014, p.9). La consommation du tabac entraîne donc une très forte dépendance. Chez 95 % des fumeurs, la dépendance s'est établie au cours de l'année suivant le début de la consommation quotidienne (HAS. Stratégies thérapeutiques pour les personnes dépendantes aux opiacés : place des traitements de substitution, juin 2004).

Le tabac contient 4000 composants dont de nombreuses pourraient contribuer à l'installation ou au maintien de la dépendance tabagique. La nicotine est le composant le plus habituellement incriminé dans les effets addictifs du tabac sans doute parce qu'il a été le plus étudié. Mais les mécanismes qui conduisent à la dépendance au tabac sont encore largement incompris (Inserm, Tabac : comprendre la dépendance pour agir, coll. « Expertise collective », 2004). Aujourd'hui, il est reconnu que le tabac fumé a un effet psychostimulant. La nicotine atteint le cerveau en quelques secondes (8 à 10), plus rapidement qu'une injection intraveineuse. La nicotine accroît la vigilance et la capacité de réflexion. Elle possède de plus un effet « coupe-faim » et antidépresseur. Le fumeur ne perçoit que peu d'euphorie, peu de modifications d'humeur et jamais d'hallucinations. Le manque de nicotine provoque une humeur négative. L'effet produit est de très courte durée, de sorte que le sujet est conduit à répéter la consommation. L'usage prolongé du tabac entraîne donc une très forte dépendance. Chez 95 % de fumeurs, la dépendance s'est établie au cours de l'année suivant le début de la consommation quotidienne (HAS). La dépendance au tabac est renforcée car la nicotine aide à réguler l'humeur et améliore le fonctionnement cognitif. Le tabagisme est le moyen le plus efficace d'administrer de la nicotine au cerveau. Les fumeurs peuvent gérer leur consommation de nicotine pour obtenir un effet souhaité, comme une stimulation (à faible dose) ou une sédation (à plus forte dose). La nicotine devient donc un médicament approprié, d'action rapide à utiliser au moment où on le souhaite. Il a été affirmé que la nicotine avait des effets positifs sur certaines conditions médicales. Les effets de la nicotine sur la maladie d'Alzheimer sont controversés, mais il a été montré que la nicotine aurait des effets positifs pour les patients atteints de la maladie d'Alzheimer. La nicotine contribuerait au fonctionnement cognitif normal.

Il en va de même pour la maladie de Parkinson : des études épidémiologiques ont formellement établi que le tabagisme protège de cette maladie grâce aux effets de la nicotine sur les neurones dopaminergiques. La maladie de Parkinson est en effet causée par la perte croissante de ces neurones. La nicotine aurait ainsi deux fonctions : l'une stimulante de la fonction motrice, l'autre protégeant de la mort des neurones. Autre élément intéressant toujours en lien avec la maladie de Parkinson : une étude pilote sur six patients non-fumeurs, ayant reçu de fortes doses de nicotine délivrées par patchs (jusqu'à 105 mg / jour) sur une

période de 17 semaines. Il y a eu une amélioration significative de leur fonction motrice permettant de réduire leur traitement dopaminergique (Ludivape, 2019).

Enfin, quelques petites études non contrôlées auraient découvert qu'un court traitement à la nicotine améliorait les signes cliniques des patients présentant le syndrome de Gilles de la Tourette, une maladie génétique.

Voici 15 ans que les aspects positifs de la consommation de nicotine ont été abordés. Peu de progrès hélas ont depuis été réalisés pour explorer plus spécifiquement ses effets potentiellement bénéfiques.

c. Les apports de la sociologie

Le tabac a deux appropriations, l'une psychologique individuelle et l'autre culturelle collective. Ces deux appropriations peuvent être en interactions et intriquées entre le comportement du fumeur et les us et coutumes de la société.

Dans sa composante individuelle, le tabagisme ne se limite pas un comportement phénoménologiquement descriptible. Elle se traduit, dans le langage du fumeur, occasionnel ou non, par une véritable égérie de sa liberté au regard de son espace-temps, une philosophie de vie. Alain Gaffet, anthropologue nous mène sur cette réflexion de l'analyse textuelle des discours de fumeurs sur leur activité.

La solution au problème du tabagisme passera donc par la compréhension des mécanismes de la dépendance, qui font de cette herbe un philtre magique attachant. Comme un vêtement ou une coiffure, le tabagisme s'intègre à une « image de soi ». À l'opposé, d'autres utilisent le tabac comme une « béquille » dans les relations sociales difficiles pour eux. Par exemple, les périodes de loisirs ou de contact avec des partenaires à séduire. « L'attachement durable au tabac est dès lors le résultat d'une représentation du sujet selon laquelle ce comportement

tempère efficacement les problèmes émotionnels nés de la relation à autrui » (Serge Karsenty, 1956).

Sociologie du tabac et regard du tabac en santé mentale

Ces trois dernières décennies, deux changements de paradigmes successifs ont fortement bouleversé le champ des drogues : l'un concerne les conceptions et les pratiques des professionnels, le second les pratiques publiques et les représentations dans la population (Morel, 2018). Le fringant cow-boy publicitaire vantant les cigarettes Américaines a été remplacé par des images et des messages cinglants sur la dangerosité du tabac. Les lois de santé publique se succèdent pour limiter, avec un succès progressif, les dégâts du tabac (Bouvet, 2007). En France, depuis le 1^{er} février 2007, la norme sociale du fumeur et la place du tabac dans la vie sociale ont beaucoup changé avec l'interdiction de fumer dans les lieux publics. Pourtant, la lutte anti-tabagique passe difficilement dans les services psychiatriques. Tolérance inévitable du fait des troubles psychiatriques ? Havre de liberté pour les patients ? Anomalies et paradoxes sanitaires ? (Bouvet, 2007).

Il y a une vingtaine d'années, le tabagisme dans la grande majeure partie des établissements psychiatriques était sans limite, totalement banal, voire normalisant. Actuellement la Loi et l'évolution des représentations sociales ont un impact sociétal comme par exemple l'imposition d'espace fumeurs. Une politique anti tabagique a bien été mise en place : le Réseaux Hôpital Sans Tabac (RHST) mais il demeure encore résiduel dans les services (Bouvet, 2007).

Si la cigarette peut ouvrir au patient des relations, des échanges et une socialisation, il convient selon nous de souligner également les effets sociaux négatifs du tabagisme pour lui. Ainsi que nous l'ont expliqué des patients non-fumeurs que nous avons rencontrés, la cigarette peut paradoxalement restreindre les possibilités relationnelles : ils ont tendance à n'inviter chez eux que des non-fumeurs ou à laisser entre-deux les fumeurs. De façon plus générale, on peut affirmer que la tendance sociale est à l'interdiction de plus en plus commune de consommer du tabac dans les lieux publics. Il semble donc nécessaire que les patients puissent s'y conformer s'il est question pour eux de perspective de socialisation

ordinaire. Les effets sociaux du tabagisme s'expriment aussi par le fait que ces patients fumant excessivement subissent des répercussions non négligeables tant physiques que professionnelles, ce qui limite du même coup leurs perspectives de socialisation. Ne perdons pas de vue également que la cigarette coûte de plus en plus cher et qu'elle a un impact important sur les budgets de ces patients, les empêchant de réaliser d'autres activités plus socialisantes ou des achats qui pourraient améliorer leur qualité de vie (Bouvet, 2007).

Le problème de l'addiction au tabac en psychiatrie comporte plusieurs impacts. Culturel d'abord : il faut concevoir la santé du patient et le champ d'action des soignants. Institutionnel ensuite : il est nécessaire de mettre en place des actions sur l'addiction au tabac en psychiatrie obligeant alors à repenser par endroits les modalités des relations soignants soignés. Enfin, un impact psychique et thérapeutique : force est de considérer le tabagisme comme un symptôme addictif et non comme un comportement ordinaire. Le tabagisme, nous le répétons, constitue un fléau sanitaire, un enjeu majeur de santé publique contemporaine.

Dès lors, au nom de quoi, de quelle éthique, maintenant puisque l'on sait maintenant tous les dégâts létaux du tabac, pourrions-nous justifier de ne pas agir efficacement pour protéger les patients vulnérables que nous avons en charge ? (Bouvet, 2007)

III. La schizophrénie

L'étymologie du mot « schizophrénie » provient du grec ancien *schizen*, fractionnement et *phren* : esprit. Littéralement, *schizophrénie* signifie donc : esprit coupé, clivé, séparé, fendu ou dissocié. Le concept de schizophrénie a été créé par Eugen Bleuler en 1908 et introduit en 1911. La schizophrénie est une maladie hétérogène dans sa présentation et son évolution. Elle est une affection psychotique d'expression très variée (Crocq, 2012) et caractérisée par un ensemble de symptômes, dont :

1. **Des symptômes dits « positifs »** comprenant des hallucinations auditives, visuelles, cénesthésiques, olfactives et gustatives. Également par des hallucinations intrapsychiques (« entendre une voix dans sa tête ») et des délires schizophréniques tels qu'un sentiment de persécution, une paranoïa.
2. **Des symptômes dits « négatifs »** correspondant à un appauvrissement affectif et émotionnel avec une mise en retrait par rapport à la famille et la société. Les cliniciens parlent « d'émoussement » de l'émotivité, de la communication et de la volonté. Les patients s'isolent, présentant une perte d'intérêt, une difficulté à entreprendre des actions. Ils donnent le sentiment d'être insensible au monde extérieur.
3. **Des troubles cognitifs** tels que des troubles de la mémoire, de l'attention, du fonctionnement exécutif.
4. **Des symptômes affectifs** : dépression, anxiété, découragement.

Ces symptômes se présentent tous de façon très variable selon les individus. Néanmoins, cette pathologie reste pour tous très handicapante. Les effets les plus invalidants sont le retrait social et les difficultés cognitives. (Roule Marie-Joelle & Gaillard Afsaneh).

Un tiers des patients sont en rémission durable. La maladie est chronique et évolue en phases aiguës dès la première année puis se stabilise avec des symptômes résiduels d'intensité variable. Les facteurs de bon pronostic sont la conscience de sa propre maladie, une stabilité du milieu familial et un suivi médical le plus précoce possible.

L'étiologie de la schizophrénie est multifactorielle. On invoque des facteurs génétiques, périnataux, postnataux, sociaux et environnementaux (Favrod, Maire, Rexhaj, & Nguyen, 2015). Malgré tout, ces facteurs sont encore largement inconnus. L'évolution de la maladie elle aussi, n'est pas totalement comprise. La schizophrénie reste encore une maladie mystérieuse.

De nombreux malades sont dans le déni de leur maladie. Ils ont ainsi des difficultés à prendre leurs médicaments sur le long terme. Ils le font quelques mois, puis s'arrêtent dès qu'ils se sentent mieux et rechutent.

Or, l'une des clés de la stabilisation pour un schizophrène est justement l'observance de son traitement.

IV. Tabac et schizophrénie

Pour la majorité des patients, le tabagisme précède le début de la schizophrénie avec une forte consommation de tabac et une dépendance nicotinique élevée. Un tel tableau provoque alors une augmentation des symptômes positifs (délire, hallucination), des abus d'autres substances, du risque suicidaire, des hospitalisations ainsi qu'une diminution des symptômes négatifs (trouble cognitif) et extrapyramidaux (Netgen, 2009). Dans un communiqué de presse du 18 avril 2016 du Centre Intégré Universitaire de Santé et de Services Sociaux (CIUSSS) de l'Est-de-l'Île-de-Montréal et de l'Université de Montréal, Stéphane Potvin, chercheur, confirme la prédisposition au tabagisme des personnes souffrant de schizophrénie. Il explique les difficultés de ces personnes à cesser de fumer (Potvin et al., 2016). En effet, une telle dépendance au tabac pourrait s'expliquer par une augmentation significative de l'activation de la partie ventrale du cortex, une région du cerveau impliquée dans le système de récompense. Sur le plan comportemental, les chercheurs ont remarqué que les patients schizophrènes qui fumaient présentaient plus de symptômes dépressifs que les participants du groupe témoin (Potvin et al., 2016).

a. Prévalence de la consommation

En France, le tabac est responsable d'une importante morbidité chez les personnes souffrant d'affections psychiatriques (Brown et al., 2000), (Allilaire Jean-François et al., 2009). Au regard des impacts sanitaires qu'entraîne le tabagisme chez les patients souffrant de schizophrénie, il nous semble donc capital de prendre enfin sérieusement en

considération ce problème majeur de santé publique. Nous affirmons qu'agir, informer, accompagner, soutenir, les patients schizophrènes à arrêter leur tabagisme doit être un objectif prioritaire.

Sachant que la prévalence de l'addiction au tabac est beaucoup plus élevée pour les personnes présentant des troubles psychiatriques que pour les personnes de la population générale, il convient de souligner que la schizophrénie est la pathologie qui compte le plus de fumeurs, avec une prévalence comprise entre 60 % et 90 % qui varie selon le milieu de vie des patients (Brown et al., 2000, p.112-117). Ce point est repris par De Leon et Diaz (2005) dans une méta-analyse. Ils indiquent que la prévalence de la consommation de tabac récente est de 62 %, et que sur la vie entière, elle atteint 69 %.

Les patients schizophrènes s'arrêtent peu de fumer : on n'enregistre pas de baisse du taux de tabagisme dans cette population depuis 20 ans (Pr Jean-François Allilaire et al., 2009, p.15) Les patients schizophrènes présentent une très forte dépendance ce qui explique la fréquence et la quantité de cigarettes fumées (De Leon & Diaz, 2005), (Lasser K et al., 2000). Comparativement aux autres fumeurs, ils fument en moyenne deux fois plus de cigarettes par jour. C'est-à-dire entre 22 à 27 (Dervaux, Laqueille.2008).

b. Particularités du tabagisme chez les patients souffrant de schizophrénie

Quatre particularités émergent :

- La maladie majore les difficultés de sevrage tabagique,
- Elle peut favoriser la dépendance tabagique chez les patients ayant débuté un tabagisme avant le début des symptômes,
- L'âge du début du tabagisme chez les patients souffrant d'une schizophrénie est plus précoce que dans la population générale,
- L'hospitalisation dans un établissement psychiatrique constitue un facteur de rechute et/ou d'augmentation de la consommation de tabac (Hajbi & Tahri, 2010).

c. Caractéristique de la consommation

Les patients souffrant de schizophrénie inhalent plus profondément la fumée, et « tirent » plus sur leur cigarette (Dervaux & Laqueille, 2008), (Williams et al., 2005). La dépendance tabagique, évaluée par le test de Fagestrom (cf. annexe I), est plus sévère qu'en population générale. Le score retrouvé est de 6 ou 7 (De Leon & Diaz, 2005), (Rüther et al., 2014).

d. Fonctions du tabac dans les troubles schizophréniques

L'acte de fumer participe à la gestion des états anxieux. Comparable à celle d'un antidépresseur, la consommation de tabac a une action sur le système nerveux (« Tabac et psychiatrie - Santé mentale de A à Z - Espace Presse - Psycom »). Pour un sujet sain, l'acte de fumer, comme l'acte de refuser de fumer peut-être rattaché à l'affirmation de soi, la contribution variant avec la norme sociale du groupe. En modifiant la norme sociale, les interdictions de fumer retirent de plus en plus à l'acte de fumer son caractère intégratif et valorisent l'acte de ne pas fumer.

Plusieurs hypothèses expliquent la haute prévalence du tabagisme chez les personnes souffrant de schizophrénie. La première est l'automédication pour traiter certains symptômes de la maladie (Pr Jean-François Allilaire et al., 2009, p.8). Il a été constaté que la consommation de tabac diminue les effets secondaires extrapyramidaux des traitements neuroleptiques (Dervaux & Laqueille, 2007). Selon Levin & Rezvani (2007), le tabac améliorerait les capacités cognitives, notamment attentionnelles et de travail, hypothèses récemment remise en cause (Boggs DL et al, 2017).

Chez les personnes atteintes de trouble psychotique, l'acte de fumer pourrait être une tentative d'établissement d'une relation.

La très grande majorité des fumeurs schizophrènes ont débuté leur tabagisme durant l'adolescence, soit le plus souvent, avant que le diagnostic de la maladie ne soit posé. Nous ne pouvons bien sûr pas dire pour autant que le tabagisme prédispose les patients à développer une schizophrénie, ni que la maladie prédispose le patient à fumer. Pour ces

fumeurs « privés » d'argent, de loisirs, souvent isolés et vivants ancrés dans un présent sans avenir, la cigarette représente généralement l'un des ultimes plaisirs de l'existence, l'occasion d'en soulager passagèrement les tensions, et aussi le moyen de restaurer un lien social qui s'altère.

e. Conséquences du tabagisme sur les antipsychotiques

Les composants du tabac ont un impact sur le métabolisme des traitements psychotropes. La Clozapine et l'Olanzapine sont des antipsychotiques atypiques utilisés pour traiter la schizophrénie. La prise de tabac concomitant à celle de la Clozapine ou de l'Olanzapine entraîne des diminutions des taux plasmatiques (33 à 75 % pour la Clozapine) (Kennedy, Jann, & Kutscher, 2013), (Spina & de Leon, 2007), (Allilaire Jean-François et al., 2009), (Rouleau B et al, 2008). Certains auteurs recommandent d'augmenter la posologie de ces deux traitements d'un facteur 1,5 chez les fumeurs par rapport aux non-fumeurs en deux à quatre semaines pour obtenir une efficacité équivalente (Allilaire Jean-François et al., 2009, p.28).

V. Le sevrage tabagique

60 % des fumeurs français de 15 à 75 ans déclarent avoir envie d'arrêter de fumer (Taylor et al., 2014) un taux conséquent qui montre le souhait de se « défaire » du tabac et de la difficulté qu'elle suscite. L'aide à l'arrêt de la consommation de tabac évolue mais reste encore peu organisée. L'arrêt du tabac sans aucune aide médicalisée est la situation que l'on rencontre le plus fréquemment. Les traitements disponibles sont les substituts nicotiniques, la prescription du bupropion (antidépresseur) et l'utilisation de thérapies cognitivo-comportementales. Chacun de ces traitements d'accompagnement permet de multiplier par deux les chances de maintenir une abstinence à un an (20 % au lieu de 10 % dans la population qui n'a reçu aucun traitement) (Maestracci, 2005).

a. Des risques à l'arrêt du tabac ?

Les représentations sont nombreuses à ce sujet et font souvent obstacle à une prise en charge. On considère, sans preuve formelle, que l'arrêt du tabac pourrait déstabiliser les patients atteints de pathologies psychiatriques. De nombreuses études évaluant l'efficacité des médicaments d'aide à l'arrêt du tabac n'ont pas retrouvé d'aggravation des troubles psychiatriques, ni à court terme (dans la semaine suivant le sevrage), ni à long terme (après six mois de sevrage) (Tsoi DT, 2010), (RÜther et al., 2014).

L'on peut donc affirmer que l'arrêt du tabac est bénéfique. Il diminue la dépression, l'anxiété, le stress et améliore de l'humeur positive et de la qualité de vie par rapport à la poursuite de la consommation de tabac. L'ampleur de l'effet semble aussi grande pour ceux qui ont des troubles psychiatriques que ceux qui n'en présentent pas (Taylor et al., 2014).

Les symptômes anxieux, l'irritabilité, la dysphorie, les troubles de la concentration et le *craving* dus au sevrage peuvent être plus intenses chez les patients schizophrènes, mais restent passagers et réduits par les médicaments d'aide à l'arrêt du tabac. Il ne faut donc pas confondre le manque de nicotine avec une décompensation psychotique. Ces études n'ont pas identifié non plus de recrudescence du risque de décompensations dépressives, suicidaires ou violentes à l'arrêt du tabac. Leur survenue, toujours possible, indépendamment du sevrage tabagique, nécessite de toute façon une évaluation clinique régulière (Taylor et al., 2014).

Nous affirmons donc que l'interdiction de fumer dans les services de psychiatrie assure la création de nouveaux réseaux relationnels, en particulier entre fumeurs et non-fumeurs. À contrario, les relations entre patient relatif au tabac sont plus fréquemment sources de conflits que d'apaisement.

b. Prise en charge du sevrage tabagique des patients schizophrènes

La question du tabac s'invite depuis quelques années au sein du dispositif de soins dès l'arrivée du patient dans les murs de l'hôpital psychiatrique. De mon expérience actuelle, la prise de conscience commence à exister mais qu'elle peut vite s'effacer sous la

pression de la charge de travail ou des acteurs de soins. Dans la littérature scientifique, on constate que le tabagisme est souvent abordé sous l'angle du somatique, en mettant l'accent sur les conséquences sanitaires et le sevrage en termes de traitement médicamenteux (Stead LF, Lancaster T, Koilpillai P, & Fanshawe TR, 2016). La littérature psychanalytique ne regorge pas d'auteurs s'étant intéressée aux fumeurs et à son tabagisme, contrairement à d'autres addictions comme l'alcool et d'autres drogues.

Les traitements de substitution nicotinique

Les traitements de substitution par la nicotine consistent à apporter quotidiennement de la nicotine à des doses progressives décroissantes sur plusieurs semaines, n'entraînent pas de dépendance. L'absorption de la nicotine par ces médicaments de substitution (patch transdermique, gomme à mâcher, pastille sublinguale, inhaleur, spray nasal) est beaucoup moins rapide que la cigarette et n'entraîne pas de pics de concentrations cérébrales élevés. L'absorption étant plus longue, un équilibre s'installe. Ainsi, la nicotine de substitution diminue les symptômes de sevrage en nicotine, sans engendrer le renforcement par des pics cérébraux (Massi Bruno, 2004). Les taux d'abstinence à 12 semaines après substitution avec des systèmes transdermiques sont néanmoins plus faibles chez les patients présentant une schizophrénie (36 à 42 %) qu'en population générale (50 à 70 %) (Hajbi & Tahri, 2010).

Les traitements médicamenteux du sevrage tabagique

Le Bupropion est un antidépresseur mixte. Ce médicament s'est révélé être une thérapeutique adaptée dans le sevrage tabagique mais avec des résultats modérés et non dénués d'effets secondaires et d'interactions médicamenteuses. Il y aurait une balance bénéfice risque défavorable dans le sevrage tabagique (Hajbi & Tahri, 2010).

La Varénicline est un agoniste partiel des récepteurs de type nicotinique. Ce médicament serait visiblement plus efficace que le Bupropion dans l'aide à l'arrêt du tabac. Néanmoins,

la Varénicline n'a pas été recherchée dans la population de patients psychotiques (Hajbi & Tahri, 2010).

Le Buspirone est un médicament anxiolytique à délai d'action prolongé. Les résultats d'études n'ont pas montré d'efficacité chez les sujets ayant un état anxieux préexistant (Hajbi & Tahri, 2010).

Au regard de tous ces éléments cités, notre ELSA a fait le choix de ne pas utiliser les traitements médicamenteux du sevrage tabagique mais de conseiller uniquement des substituts nicotiniques sous différentes formes.

Les interventions thérapeutiques

Plusieurs études indiquent que des conseils répétés individuels ou en groupe, associés à un traitement pharmacologique et un soutien social sont efficaces pour aider les patients présentant une schizophrénie à se sevrer du tabac, bien que les taux d'arrêt soient inférieurs aux populations sans maladie psychiatrique (Netgen, 2009).

Les stratégies cognitivo-comportementales, (TCC) sont une stratégie efficace et ont montré leur efficacité dans la dépendance tabagique (« Tabac et psychiatrie - Santé mentale de A à Z - Espace Presse - Psycom »). Ces thérapies se focalisent sur les problèmes actuels de la personne, tout en prenant en compte leurs causes historiques. Elles aident à doucement dépasser les symptômes invalidants, souhaitant renforcer les comportements adaptés. La schizophrénie engendre un retrait social, le travail des TCC est ainsi axé sur les aspects de remédiation, d'acquisition des habiletés sociales et de la gestion des émotions. La maladie devient un handicap qui la plupart du temps, empêche la personne de travailler. Son revenu se réduit alors à l'Allocation Adulte Handicapé. L'aspect financier a donc un sens. Pour les patients peu motivés, un entretien motivationnel permet de tripler le nombre de patients demandant un sevrage tabagique (Netgen, 2009).

D'autres thérapies peuvent être conseillées pour favoriser la réussite du sevrage tabagique, comme l'hypnose, l'acupuncture, la sophrologie. Dans notre ELSA nous ne les proposons pas car aucun professionnel n'est formé à ces techniques, ce que nous regrettons.

c. Difficultés du sevrage tabagique des patients présentant une schizophrénie

Arrêter de fumer est ainsi plus difficile lorsqu'on souffre de troubles psychiatriques. Une étude parue en 2003 montrait que les fumeurs présentant une schizophrénie et déprimés reconnaissent de nombreux inconvénients liés au tabagisme. Mais comparés aux personnes ne relevant pas de la santé mentale qui fument beaucoup, ils perçoivent également plus d'avantages et trouvent les cigarettes plus attrayantes. La valeur de récompense accrue du tabagisme mérite ainsi une attention particulière lors de l'adaptation des interventions de lutte antitabac des patients souffrant de schizophrénie et déprimés. (Spring, Pingitore, & McChargue, 2003). Les symptômes de sevrage sont plus importants chez les personnes atteintes de troubles psychiatriques. Plusieurs études semblent montrer une altération des fonctions cognitives chez les personnes présentant une schizophrénie plus importante que dans la population générale au cours de la phase de sevrage. Le taux d'abstinence est aussi plus bas. Pour ces raisons, on a longtemps pensé qu'un projet d'arrêt était impossible au regard de ces éléments. Néanmoins rien n'est impossible comme le précisent plusieurs études, dont l'une réalisée en 2009 au Canada, qui montre que particulièrement les patients présentant une schizophrénie étaient intéressés par l'arrêt du tabac (Hajbi & Tahri, 2010).

d. L'addiction : un concept complexe

Plusieurs définitions de l'addiction ont été produites à partir de différentes disciplines : biologie, psychologie, sociologie, cognitivo-comportementalisme, psychopathologie, psychanalyse, psychiatrie... Nous prenons le pari ici d'adopter en raison de sa simplicité, la définition de Reynaud et al (2011, p.6) : impossibilité répétée de contrôler un comportement. L'addiction est une maladie chronique où le plaisir laisse sa place au besoin.

e. Différents types de dépendances à la nicotine

La dépendance au tabac est un phénomène complexe qui associe un renforcement positif (plaisir, stimulation) et un renforcement négatif (soulagement des symptômes de sevrage). Parmi les diverses drogues, il est maintenant scientifiquement prouvé que la nicotine possède les caractéristiques pharmacologiques qui entraînent une dépendance parmi les plus fortes (Massi Bruno, 2004). L'intensité de cette dépendance est confirmée par le fait que seul un tiers des sujets débutent une tentative d'arrêt sans aide et restent abstinents durant deux jours et moins de 5 % parviennent à s'arrêter lors d'une tentative (Practice guideline for the treatment of patients with nicotine dependence. American Psychiatric Association », 1996). La nicotine est la substance provoquant la dépendance, mais le tabac pourrait contenir d'autres substances addictives. Fumer n'est pas seulement un choix ou un acte de liberté, c'est une dépendance. Dans l'aide à l'arrêt, il est indispensable de bien comprendre les dépendances d'un fumeur. Il en existe 3 : **physique**, **psychologique** et **comportementale** (« La dépendance au tabac / Les effets néfastes du tabac pour moi / Le tabac et moi / Accueil - tabac-info-service.fr »).

Physique : elle est due totalement à la présence de nicotine dans le tabac. La dépendance se manifeste par une sensation de manque dont les signes observés le plus souvent sont : pulsions fortes à fumer, irritabilité, nervosité, agitation, anxiété, perturbations du sommeil, humeur dépressive, troubles de la concentration intellectuelle, augmentation de l'appétit ou constipation. Tous ces troubles sont les principales causes des difficultés et de rechute tabagique à court terme. Le syndrome de sevrage à la nicotine peut être amélioré par un traitement de substitution nicotinique.

Psychologique : La cigarette est un moyen de se faire plaisir, de gérer son stress ou son anxiété, de surmonter ses émotions, de se stimuler, de se concentrer, etc. Cette dépendance est engendrée par les effets psychoactifs de la nicotine, procurant plaisir, détente, stimulation intellectuelle, action anxiolytique, antidépresseur et coupe-faim. Cette dépendance varie considérablement d'un fumeur à l'autre.

Comportementale : Le tabac est en effet associé à des circonstances, à des personnes et à des lieux qui suscitent l'envie de fumer. La pression sociale et conviviale a un impact considérable sur cette dimension.

Volonté ou motivation ?

D'après le petit Robert, la motivation est définie dans sa plus simple expression comme : « L'action des forces, conscientes ou inconscientes, qui déterminent le comportement (sans considération morale aucune) ».

D'après le Larousse, la volonté se définit comme : « Faculté de déterminer librement ses actes en fonction de motifs rationnels ; pouvoir de faire ou de ne pas faire quelque chose ».

Nous entendons souvent ce verbatim : « *pour s'arrêter de fumer, de boire, de jouer, il faut de la volonté* ». Cette affirmation ne correspond pas à la réalité.

Il s'agit de l'aboutissement d'un lent mûrissement intérieur. Cheminement qui débute dès le jour où l'on se dit que l'on fume trop. On tente de se contrôler, mais l'on s'aperçoit que c'est impossible.

Et puis un jour arrive, ce que certains appellent « le déclic », on s'arrête, non pas volontairement comme on le croit, mais automatiquement. Car fumer est un acte automatique, comme respirer, et l'on ne peut lutter contre un automatisme par la volonté. Nous faisons de nombreuses choses de façon automatique. Notre cerveau nous facilite énormément la vie. Imaginons que nous soyons obligés de penser avant de respirer !

Le fumeur passe par plusieurs étapes dans sa démarche d'arrêt de tabac : des premières intentions d'arrêt jusqu'au maintien de l'abstinence.

La motivation est « ce qui motive, explique, justifie une action quelconque ; cause un ensemble de motifs qui expliquent un acte » (Larousse). Si l'on considère que la motivation est un ensemble de motifs qui expliquent un acte ce serait le facteur inconscient ou conscient qui inciterait une personne à agir de telle ou telle façon.

Une étude Suisse a présenté que les motivations à l'arrêt de tabac des patients schizophrènes sont semblables à celles des sujets contrôles. Dervaux et Laqueille précisent que 20 à 40 % des patients schizophrènes expriment vouloir arrêter de fumer (2008). Dans cette hypothèse forte encourageante, tous les soignants en charge de patients présentant une schizophrénie dépendant au tabac devraient au moins abandonner l'idée qu'« *il faut les laisser vivre* », et agir pour « leur permettre de mieux vivre... ».

VI. Le modèle transthéorique de Prochaska et DiClemente

La motivation est quelque chose qui se construit. Le modèle transthéorique, développé par les psychologues James Prochaska et Carlo DiClemente en 1982, est une théorie de changement comportemental basée sur des étapes (Practice, Wood, & Tarrier). Les auteurs décrivent un processus comportant des étapes de motivation avant de s'arrêter de fumer. Ainsi, le clinicien peut adapter la prise en charge du patient en fonction des connaissances du stade ou de son degré de maturité décisionnelle et de comprendre comment et pourquoi les patients changent, soit seul, soit avec l'aide d'un médecin ou d'un(e) infirmier(e). (Csillik & Petot, 2012). Ce modèle est utilisable dans différents domaines. En addictologie nous l'utilisons beaucoup. Nous allons le décrire en faisant le lien avec la maladie schizophrénique.

Phase 1 : LA PRÉ-INTENTION OU PRE-CONTEMPLATION

À l'étape de pré-contemplation, la personne est soit plus ou moins consciente de ses difficultés « *il n'y a pas de problème* », soit peu disposée à changer, soit découragée par le changement. Elle ne se rend pas compte des conséquences ou ne veut pas les voir. Elle résiste à l'information la concernant ou l'ignore intentionnellement. Les avantages au maintien de la consommation sont perçus comme supérieurs aux inconvénients. Le patient n'a pas conscience de l'existence d'un problème de conduite addictive, ou le considère sans importance. Il poursuit son addiction.

Phase 2 : L'INTENTION OU LA CONTEMPLATION

Le patient identifie l'existence d'un problème. Il convient qu'il devrait faire quelque chose, mais repousse à plus tard l'idée d'un changement. Le patient est plus réceptif à la nécessité d'un changement, il aimerait arrêter de fumer. Mais il est partagé entre les aspects positifs du changement, l'énergie qu'il devra investir et la crainte du changement. On appelle cela l'ambivalence. Les patients peuvent rester longtemps à ce stade sans passer à l'action.

Phase 3 : LA PRÉPARATION

Le patient a l'intention de changer dans un futur immédiat. Il est motivé à changer. Il peut apporter des idées et des solutions pour passer à l'action. Le patient commence à planifier un changement. Cette phase est un processus de développement et de transformation. Le patient prend des décisions, fait des choix. Comme le font les patients de l'Établissement Ville Evrard en appelant notre ELSA pour prendre un rendez-vous, ou en demandant à l'infirmière du service de prendre rendez-vous pour eux. Ils exercent un contrôle sur leur vie personnelle. C'est une étape très intéressante, particulièrement chez le patient souffrant de schizophrénie. De plus, cette pathologie peut entraîner des manifestations comprenant des phénomènes de dissociation et de complexité dans l'intégration du schéma corporel. Or, par cet acte, ils intègrent une demande personnelle et s'approprient cette démarche.

Phase 4 : ACTION

Le patient est actif et engagé dans le changement. L'objectif est l'arrêt du comportement addictif avec la suppression de l'intoxication et le maintien de l'abstinence par la prévention des rechutes à long terme. Les modifications sont visibles, les actions observables tout comme le changement de comportement. À ce moment le patient verbalise un mieux-être qui lui donne de l'énergie pour intégrer cette phase d'action, la phase de sevrage. Être en mouvement pour être en action, c'est ce qui aide le patient souffrant d'une schizophrénie à reprendre possession de son corps.

Phase 5 : **LE MAINTIEN**

À l'étape du maintien, la personne dispose de réussites concrètes. Le comportement insatisfaisant a été modifié, mais les sources de satisfaction et de frustration sont de plus en plus claires. La personne est plus responsable d'elle-même et elle sait clairement où et comment agir pour améliorer sa qualité de vie.

L'ancien comportement n'est toutefois pas complètement éteint et les tentations d'y retourner demeurent présentes. Les changements apportés doivent donc être consolidés pour éviter des retours en arrière ou des rechutes de consommation.

Cette étape ne se manifeste pas par une absence de changement, mais par une continuité du processus : si la personne n'est pas active pour maintenir ses nouvelles habitudes, elle risque de répéter son comportement antérieur. La période de maintien peut prendre de 6 mois à 1 an et même s'étendre sur quelques années. Elle est aidée par la mise en œuvre de stratégies de prévention de la reprise (« Haute Autorité de Santé - Sevrage tabagique : des outils pour repérer et accompagner les patients »). La phase de sevrage ne constitue qu'une étape dans la démarche thérapeutique. L'objectif principal dans cette phase est le maintien dans les soins. Pour garder un contact le suivi est essentiel. Le traitement des addictions s'inscrit dans un cadre de soins au long cours.

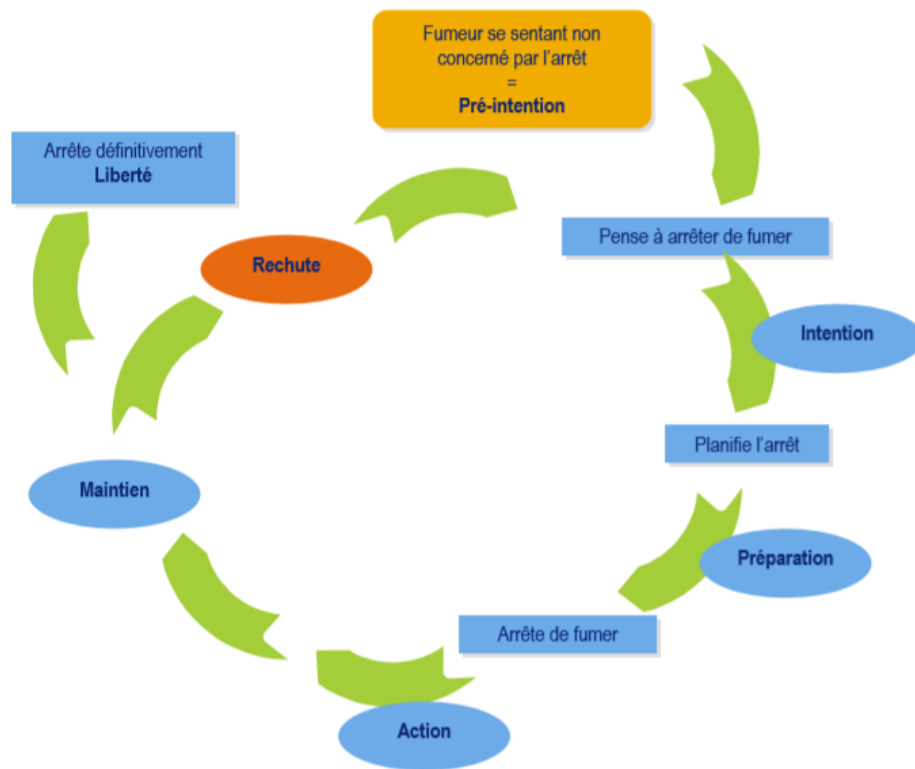


Figure 1. Modèle transthéorique des changements de comportements de Prochaska et DiClemente.

Ce schéma présente les étapes de changement de comportement de façon circulaire : « la pré-intention », première étape (en orange), puis les phases « d'intention », de « préparation », « d'action », de « maintien ». Pour aboutir enfin, soit vers un arrêt définitif, ce qui est l'objet de notre recherche, soit vers une rechute du tabagisme.

Après la phase de maintien, deux orientations se distinguent en effet : la rechute ou l'arrêt définitif.

LA RECHUTE

Une fois l'arrêt instauré, la prise en charge consiste à prévenir les rechutes qui sont fréquentes car la dépendance persiste après l'arrêt. Elles peuvent être dues à une dose insuffisante de TNS, des troubles anxio-dépressif, une prise de poids, etc. La prévention de

la rechute vise à développer le sentiment de rechute, celle-ci étant fréquente, quasi inéluctable dans les addictions (Hendershot, Witkiewitz, George, & Marlatt, 2011). La dépendance au tabac se caractérise par la fréquence des rechutes (« Tabac et psychiatrie - Santé mentale de A à Z - Espace Presse - Psycom »). Des stratégies ont été élaborées pour en prévenir les risques. Dans les situations de rechute, le patient éprouve de la honte, de la peur, du découragement et de l'auto-dévalorisation. La rechute est fréquente « quasi inéluctable ». Mais la rechute constitue une expérience enrichissante pour le patient. Dans notre ELSA, nous le rassurons en présentant les rechutes comme des étapes dans la démarche d'arrêt, un succès différé en quelque sorte. Chaque situation poussant le patient à fumer est analysée, le « faux pas » dédramatisé et le patient déculpabilisé et averti que les rechutes font partie du processus d'arrêt. Ce n'est pas une manifestation pathologique mais un temps qui peut être nécessaire à la réussite finale du processus.

En addictologie, nous valorisons toujours les efforts de la personne. La rechute n'est jamais vécue et formalisée comme une faute de parcours mais plutôt comme une expérience, une étape de la vie. Nous utilisons ce moment comme stratégie pour renforcer la prochaine tentative de sevrage. Que s'est-il passé ? Que pouvez-vous m'expliquer ? Que faisiez-vous à ce moment ? Comment étiez-vous ? Voilà les questions qu'entre autres, nous posons aux patients.

La rechute fait partie du processus de rétablissement. Celui-ci n'est pas linéaire et varie d'une personne à une autre. C'est une étape de la vie.

L'INTÉGRATION ou de l'arrêt définitif

Cette étape constitue le but ultime du processus de changement et suppose le maintien du nouveau comportement d'une façon relativement stable dans le temps. Il n'existe pas de garantie absolue qu'aucun retour en arrière ou rechute ne puisse survenir, mais certains critères permettent au clinicien d'évaluer si le changement est « intégré » pour le patient.

Les bénéfices concernent une nouvelle image de soi, une plus grande confiance en soi. Le patient a besoin d'une moins grande vigilance pour éviter la « tentation ». À cette étape, il peut subsister une certaine vulnérabilité. Néanmoins, la personne se sent plus libre de ses mouvements. Un style de vie plus sain et une meilleure forme psychologique. La personne est libérée de beaucoup de tensions et de conflits intérieurs. Son énergie est disponible et elle peut l'utiliser à des fins constructives pour améliorer sa vie, ses relations, se développer, apprendre... Elle ne lutte plus contre un comportement ou une impulsion mais pour un mieux-être.

Synthèse du cycle de Prochaska

Le cycle de Prochaska décrit les étapes d'un changement de comportement. Cette théorie, très connue, a pour objectif de faire progresser étape par étape et amener la personne souhaitant un sevrage tabagique vers la réussite. Pour accompagner une personne dans son désir de changement, il faut tenir compte du stade où elle se trouve. À chaque étape correspondent des modes d'intervention adaptés.

Le patient prend le pouvoir et il devient acteur de sa santé. Le clinicien en l'accompagnant l'aide à se focaliser sur ses ressources devenant protectrices face à une chronicisation. L'évidence empirique suggère que la focalisation sur les ressources et le bien-être agit comme un élément protecteur face à une rechute (Practice, Wood, & Tarrier, 2010).

Au sein d'une pratique clinique il devient donc nécessaire d'identifier les ressources du patient tabagique, de réactiver d'anciennes forces, et de favoriser le développement de nouvelles ressources.

CHAPITRE III : Cadre théorique

Les différents éléments développés dans la problématique mettent en évidence la complexité du tabagisme chez les personnes présentant une schizophrénie. Afin de comprendre et d'explorer les différentes dimensions d'un sevrage tabagique chez le patient présentant une schizophrénie, nous avons fait le choix de nous référer au Modèle de Partenariat Humaniste en Santé (MPHS) et du triangle multifactoriel du Docteur Olivenstein. Ce chapitre reprend ces deux approches et les illustrent par des exemples issus de la littérature.

I. Le Modèle de Partenariat Humaniste en Santé (MPHS). Le paradigme de la transformation.

Née d'une stratégie soignante, le Modèle de Partenariat Humaniste en Santé (MPHS) a été co développé par des professionnels infirmiers et des patients partenaires (Lecocq et al., 2017). Ce modèle a été établi au regard de l'évolution de la société et, de la pensée infirmière, s'inscrivant dans l'évolution des modèles en soins infirmiers. Le MPHS ne prévoit pas de « faire avec », ni « d'être avec », mais « d'aller ensemble avec » le patient de façon synchrone, vers un futur co construit qui s'inscrit dans le projet de vie du patient. Les professionnels ont ainsi comme ligne directrice de proposer un accompagnement et des interventions en phase avec le projet de vie du patient.

Le MPHS précise encore que « *l'expérience de soins vécus par le patient avec l'infirmière dépend de l'interaction et de la participation de chacun comme auteur* » : durant toutes les étapes de la démarche soignante, les patients sont invités à être partenaires de leurs propres soins. De même, l'infirmière s'engage dans la relation de soins. Les deux parties sont conscientes d'entrer en relation avec leurs propres valeurs, leurs préconceptions et leurs objectifs. Le MPHS a également pour règle d'accompagner le patient sur un mode de relation égalitaire.

Ce modèle s'inscrit dans une dynamique de partenariat en s'appuyant sur les savoirs expérientiels des patients partenaires définis comme les « savoirs de la vie avec leur maladie ».

Dans ce partenariat avec l'infirmière, qui apporte ses savoirs professionnels et d'expérience, les patients développent leur habileté pour « prendre en main » leur santé. Ils prennent les décisions pour ce qui les concerne.

Ce modèle est une théorie humaniste, avec pour postulats que chaque être humain est unique, qu'il co construit de façon singulière son projet de vie, qu'il se gouverne par lui-même. Par ailleurs, le rôle infirmier comprend à la fois le soin aux patients, des actions en coopération avec d'autres professionnels, et contribue aux bénéfices de l'institution de santé.

Les valeurs du MPHS sont des valeurs humanistes :

- Le respect de l'humain dans son essence ;
- L'autonomie de la personne ;
- L'égalité dans la relation ;
- La croyance dans le potentiel de chaque être humain ;
- La fidélité dans ses engagements.

Les concepts centraux du MPHS sont ceux de la discipline infirmière : la personne, l'environnement, la santé et le soin. Le MPHS en propose une définition particulière.

Le rôle de l'infirmière professionnelle inclut la fonction de **médiateur** et **d'accompagnement en partenariat**. Le partenariat patient infirmière est dans une logique de co-responsabilité où les partenaires ont un espace-temps partagé au sein d'un accompagnement en partenariat.

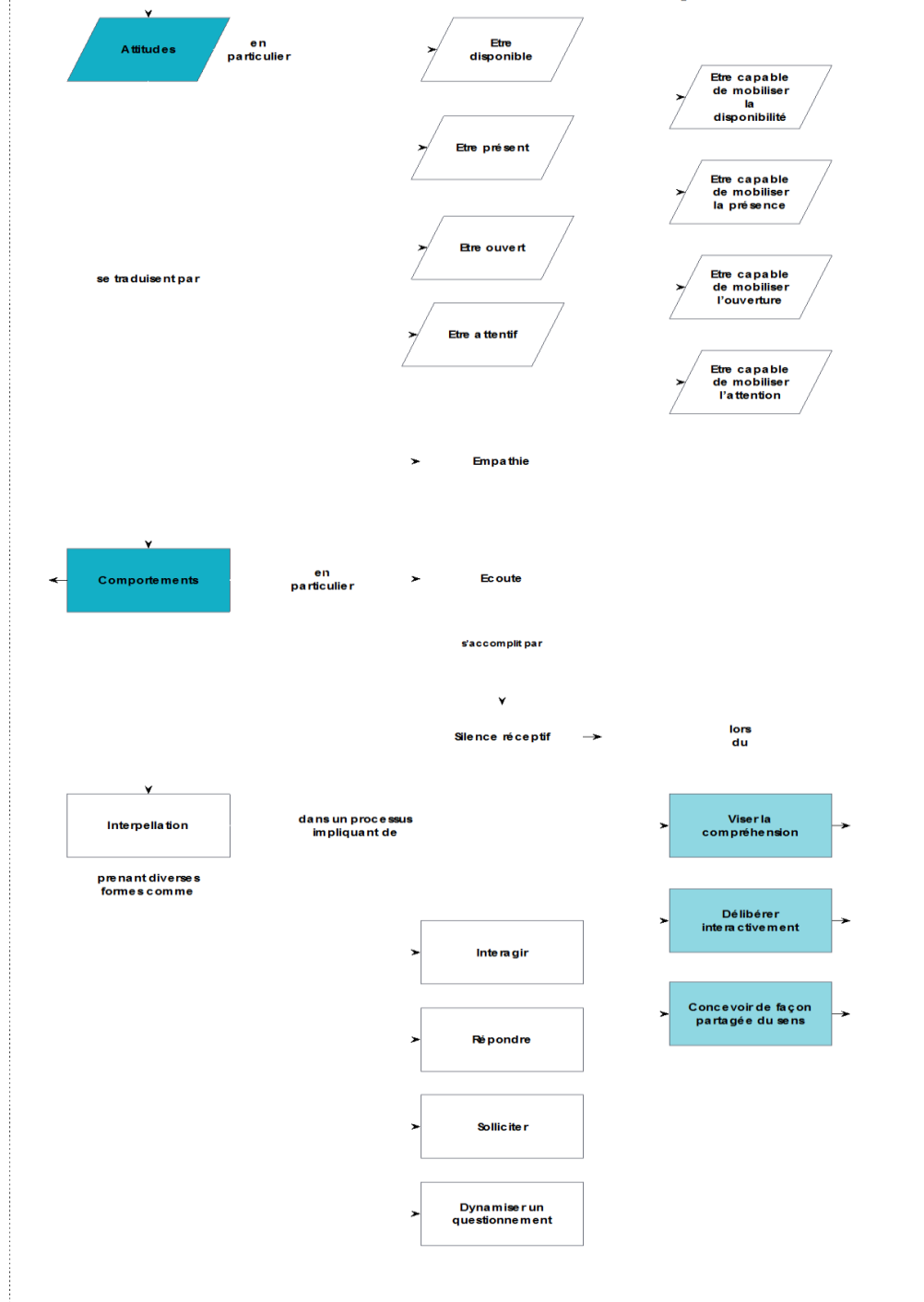
Cette expérience singulière et personnelle demande à l'infirmière et aux patients un co questionnement de la situation de santé et de son contexte. L'infirmière co explore avec le patient ses perceptions de la situation, ses ressources personnelles et celles disponibles dans sa communauté, sa façon d'appréhender sa situation et d'en mobiliser les moyens.

L'accompagnement en partenariat mobilise les ressources des partenaires qui contribuent à la réalisation du projet de vie du patient. Cela favorise aussi la recherche d'un sens partagé aux transitions qui ont des conséquences sur le projet de vie du patient. Favorisant ainsi l'expression des aspirations et des priorités du patient. L'infirmière adopte un rôle de médiateur, qui inclut le partenariat patient dans une dynamique de coopération interprofessionnelle au service du projet de vie du patient.

La façon de considérer le bénéficiaire se décline dans la démarche de soin. Il s'agit de co-définir pour co-analyser, co-interpréter, co-planifier les soins et co-intervenir, co-évaluer avec le patient et l'équipe.

Au cours de cette démarche, l'infirmière s'attache à démontrer les attitudes et comportements suivants.

Attitudes et comportements



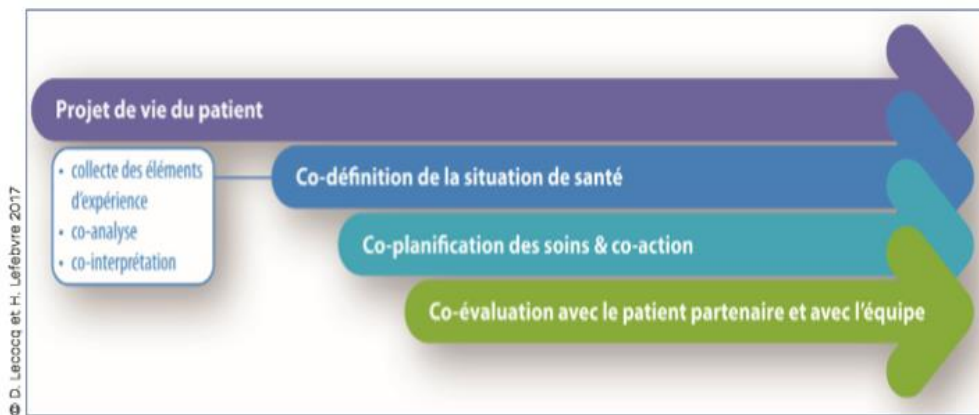


Figure 2. Démarche de soins du modèle de partenariat humaniste en santé

Considérant les comportements en santé, le patient seul peut choisir la voie d'un éventuel « changement » et de quelle façon il le souhaite. Le MPHS permet aux professionnels de valoriser le pouvoir d'agir des patients, d'instaurer le partage et la coopération des savoirs. Voilà qui caractérise le mieux l'addictologie humaniste et sociale et les trois capacités professionnelles nécessaires à cette relation : la valorisation, le partage et la coopération.

Synthèse du cadre théorique

Les addictions interrogent la clinicienne que je suis par leur situation au carrefour du soma et de la psyché, car l'addiction détourne les fonctions psychologiques, les sensations et les émotions de leur conduite de régulation au profit de conduites d'excès. Je souhaite mener mes réflexions autour de l'abstinence tabagique des patients schizophrènes. Pour ces patients qui « *fument pour tuer le temps* », « *ces esclaves de la quantité* » luttant contre le vide psychique et recherchant l'excitation par la sensation.

II. Le triangle multifactoriel élaboré par le Docteur Olivenstein

Pour comprendre les addictions, il est nécessaire d'examiner au plus près les interactions : la **personne**, le **produit** et le **contexte**.

Le triangle multifactoriel est un outil qui permet d'appréhender la consommation des produits dans une vision globale prenant en compte, à la fois de l'individu qui consomme et de ses caractéristiques personnelles, de la nature du produit et enfin du contexte dans lequel cette consommation a lieu.

Caractéristiques de l' addiction

- Triangle d'Olivenstein (1970)

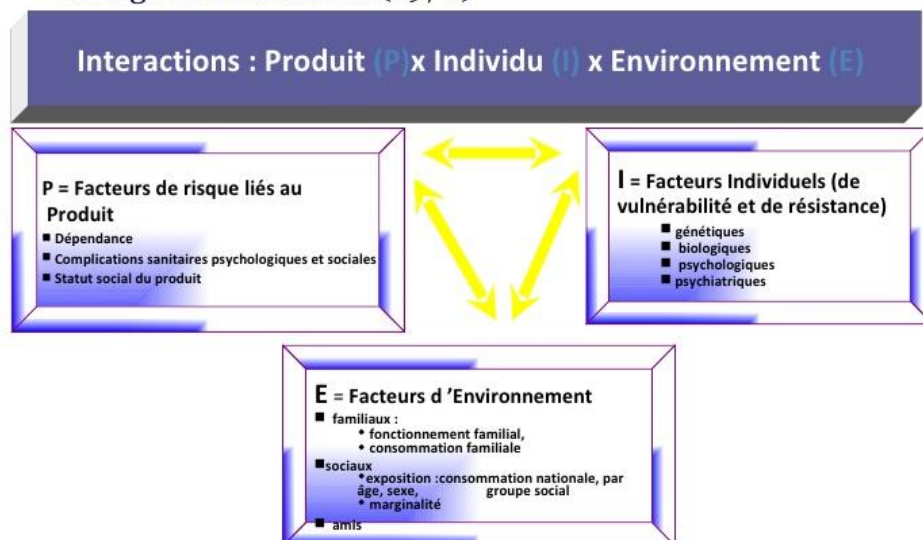


Figure 3 : Triangle d'Olivenstein

Prendre en compte de l'**individu** c'est être attentif aux prédispositions du consommateur particulièrement celles d'origine psychologique comme une faible estime de soi, une ambivalence, un repli sur soi, une difficulté d'affirmation, un isolement, de la solitude, une attitude de rébellion, des lacunes au niveau de la communication, peu de résistance au stress et à l'angoisse, un manque de motivation.

Le **contexte** au regard du milieu de vie du patient addict : pauvreté, violence, abus, parents négligeant, violents, consommateurs, ayant des lacunes dans la communication de tabac, conflits dans la famille, désunion de celle-ci ou climat de tension, surprotection, famille monoparentale. Le milieu social à également une grande importance, l'entourage (cercle d'amis notamment) consomme-t-il des drogues ? Exerce-t-il des pressions ? La personne a-t-elle un manque de satisfaction dans ces rapports avec autrui ? Est-elle en échec, décrochage scolaire et/ou absentéisme (emmenant une non-fierté de soi) ? Les conditions de travail sont-elles difficiles ? L'environnement présente-t-il une grande accessibilité aux drogues ? Les occasions de consommer sont-elles nombreuses ?

Le **produit**, le clinicien investigate l'initiation précoce à la consommation, la quantité consommée, la fréquence de la consommation, la poly consommation, le mode d'administration (ingestion, sniffer, injection, inhalation) et les propriétés pharmacologiques du psychotrope.

Ces éléments décrits permettant de mettre en place des stratégies d'interventions précises et ciblées auprès des personnes dépendantes.

L'analyse triangulaire de ces facteurs permet de comprendre de façon plus appropriée le consommateur et si son usage peut être désigné de problématique ou non, évitant ainsi l'écueil de la stigmatisation. (Cock, p.12). Cette compréhension systémique permet d'établir des hypothèses quant à la probabilité qu'une consommation évolue vers une dépendance et ainsi d'adapter sa stratégie d'intervention adaptée.

L'approche traditionnelle en d'addictologie avait pour objectif l'abstinence. Observant de fréquentes et nombreuses résistances à cette approche, qui repose principalement sur un jugement moral de la consommation, un consensus de spécialistes de l'intervention (en prévention et en réadaptation), a proposé une approche plus pragmatique avec pour objectif, la réduction des risques. L'approche traditionnelle n'empêche pas celle de la réduction des méfaits ; il s'agit en fait de considérer l'abstinence non plus comme un but incontournable, mais plutôt comme un moyen que certaines personnes peuvent choisir.

Cheminement de pensée vers mon sujet final

Notre travail au sein de l'ELSA et la demande du Master « Sciences cliniques en soins » souhaitant l'écriture d'un mémoire de recherche m'ont amené à m'interroger autour d'une situation d'appel. Mon idée principale s'est orientée sur un sujet lié à mon activité professionnelle au quotidien « le sevrage tabagique et la schizophrénie ».

Au travers de mes nombreuses lectures, une notion a particulièrement retenu mon attention, celle précisant que dans les six mois suivant un sevrage tabagique plus de 70 % de la population schizophrénique rechute. J'ai alors investigué ces données. J'ai trouvé peu de choses à ce sujet. J'ai alors pensé qu'il serait intéressant de chercher, de comprendre ce qu'il se passe pour ces patients dans ces six mois. Une autre composante m'intéressait dans cette thématique du tabagisme : la place du tabagisme en psychiatrie.

En me penchant dans la littérature scientifique, je me suis aperçue que les soignants travaillant en psychiatrie étaient la population qui fumait le plus parmi les autres services de soins. Partant de ce constat, j'ai décidé d'axer ma recherche sur la place de la cigarette en psychiatrie. Essayer de comprendre ce que perçoivent les patients dans la gestion de leurs cigarettes, la distribution, la dispensation. Et comment les soignants gèrent eux, cette gestion des cigarettes. Cette dispensation, cette gestion est-elle considérée comme un soin à part entière ? En psychiatrie j'entends souvent les soignants dire que la cigarette est un médiateur thérapeutique. Ainsi, ai-je investigué durant quelques mois à ce propos.

Puis, je suis revenue à mon idée principale, trop intriguée par ces stratégies mises en place pour maintenir un sevrage tabagique. Et parce que mon intérêt premier reste le patient.

CHAPITRE IV : Méthodes

I. Type de recherche

Peu d'éléments de littérature éclairent ma question de recherche. Afin d'étudier les éléments influençant les personnes présentant une schizophrénie à maintenir leur sevrage tabagique, une méthodologie qualitative de type descriptive a été choisie pour comprendre et décrire en profondeur ce phénomène et refléter ainsi sa complexité (Fortin & Gagnon, 2016).

Cette méthode qualitative m'a paru essentielle. Elle permet au chercheur d'étudier les participants dans leur milieu en essayant de comprendre la signification de leur acte et ressenti. De plus, cela permet également, de comprendre le sens de la réalité sociale dans laquelle s'inscrit leur action et comment l'expression du sevrage tabagique est perçue, et surtout, de mettre en lumière leurs stratégies de maintien (Tavares, Moreira, Ferreira, Tavares, & Silva, 2016).

II. La population cible

La population cible de l'étude concerne l'ensemble des patients présentant une schizophrénie selon de DSM IV-TR, faisant partie de la file active de l'EPS de Ville Evrard et ayant une prise en charge tabacologique dans notre ELSA.

L'étude s'est concentrée sur les patients abstinents au tabac avec une antériorité de moins de 6 mois. La littérature scientifique précise que les rechutes sont généralement plus fréquentes (70 %) après 6 mois de sevrage (Dervaux & Laqueille X, 2015). Ces difficultés sont visiblement liées aux symptômes cognitifs induits par le sevrage, en particulier aux difficultés de concentration et d'attention, plus sévères que dans la population générale. L'objectif est donc d'explorer l'abstinence dans toutes ces dimensions. Ces entretiens ont permis d'apporter des éléments de réponse concernant la place de la cigarette dans la vie du patient, comment se sentent-ils aujourd'hui sans tabac et comment gèrent-ils au quotidien leur sevrage tabagique ?

III. Les critères de sélection

Nous avons constitué un échantillon raisonné sur base des critères suivants (Fortin & Gagnon, 2016). Être un homme ou une femme volontaire au sevrage tabagique, âgé(e) de 18 à 65 ans. Présenter une schizophrénie tous types confondus selon le DSM IV-TR qui est un manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux et être cliniquement stabilisé. Avoir bénéficié ou bénéficier d'un suivi en intra ou extra-hospitalier à l'EPS de Ville Evrard pour un sevrage tabagique complet il y a 6 mois. Enfin, le critère de la langue française est une condition catégorique, sans laquelle il est impossible de saisir toutes les nuances du discours du patient.

Ces critères ont exclu de l'échantillon les patients en phase aiguë de la maladie, désorganisé, déficitaire, hospitalisés sous contrainte en Soins psychiatriques à la Demande d'un Tiers (SDT), en Soins psychiatriques sur Décision du Représentant de l'État (SDRE) ou en Soins psychiatriques de Péril Imminent (SPI). Également, les patients présentant des troubles neurologiques et pour les femmes une grossesse.

IV. L'échantillon

L'échantillonnage a nécessité deux étapes. Dans un premier temps, la sélection a été opérée par l'intermédiaire de mes deux collègues infirmières spécialisées en tabacologie. Elles ont identifié les patients répondant aux critères d'inclusion et me les ont transmis.

Pour valider leur participation, j'ai consulté les dossiers des patients grâce au logiciel informatique hospitalier pour m'assurer de leur pathologie psychiatrique et qu'ils soient pris en charge pour un sevrage tabagique par l'ELSA de l'EPS de Ville Evrard.

Dans un deuxième temps, les patients ont été contactés par téléphone. L'appel a été présenté auprès des patients comme un suivi de prise en charge tabagique avec évaluation de leur abstinence au tabac. Ceci permettant au chercheur de valider l'inclusion ou non du patient dans l'étude. L'abstinence étant supérieure à 6 mois, l'étude leur a été présentée et il leur a

été proposé d'y participer. Les patients acceptant de contribuer à la recherche ont eu une proposition de rendez-vous pour mener l'entretien.

V. Choix de l'outil

Les approches qualitatives permettent une analyse approfondie et l'expression du ressenti des personnes interviewées.

J'ai réalisé des entretiens semi-directifs. Les propos ont été recueillis et analysés par la suite. Ainsi menés, ces entretiens nous ont permis de mettre en évidence la relation établie avec le tabac, les motivations à l'arrêt, les stratégies pour maintenir un sevrage tabagique et l'impact de cette prise en charge spécifique sur accompagnement d'un sevrage tabagique.

Le guide d'entretien (cf. annexe II) comporte cinq questions regroupés en trois sujets principaux qui sont présentés dans le tableau ci-dessous.

Tableau 1 : Sujets abordés et questions posés lors de l'entretien semi-directif

QUESTIONS	SOUS-QUESTIONS
<u>I. SUJET 1 :</u> HISTOIRE AVEC LA CIGARETTE	a. Racontez-moi votre histoire avec la cigarette ?
<u>II. SUJET 2 :</u> LES MOTIVATIONS A L'ARRET DU TABAC	a. Quels éléments ont influencé votre abstinence tabagique ?
<u>III. SUJET 3 :</u> LES STRATEGIES DE MAINTIEN AU SEVRAGE TABAGIQUE	a. Et aujourd'hui, quel est votre rapport avec la cigarette ? b. Quelles - en sont les bénéfices ? c. Qu'avez-vous pensé de votre prise en charge ? Avec du recul auriez-vous souhaité que l'on vous propose d'autres alternatives ?

VI. Outil de collecte des données

La méthode utilisée pour recueillir des données qualitatives a été effectuée à l'aide des entretiens semi-directifs, basés sur une grille d'entretien développée pour cette étude (cf. annexe II). L'objectif étant de décrire des phénomènes (Fortin & Gagnon, 2016). Les entretiens ont été enregistrés et retranscrits aux verbatims (cf. annexe III).

La grille d'entretien comporte cinq questions simples touchant l'expérience vécue par le patient. La première question ouverte, explore l'histoire du patient avec la cigarette et son rapport envers elle. Cette première question permet d'installer une relation de confiance avec l'interlocuteur et pour le chercheur d'identifier la place de la cigarette dans la vie du patient. La deuxième question invite le patient à parler du sevrage tabagique, et particulièrement de la dernière démarche à cet égard de sevrage, de livrer, d'exprimer son expérience. La troisième question explore les motivations qui ont influencé le sevrage tabagique. La quatrième question apporte des éléments sur le rapport qu'a aujourd'hui le patient avec la cigarette. La dernière question enfin concerne le ressenti de la prise en charge et les souhaits éventuels pour l'améliorer. Ce qui est également abordé est aussi l'importance ou non d'une prise en charge tabagique par un professionnel. Pour chacune des cinq questions, j'ai intégré des questions dites « de relance » visant à obtenir des précisions si nécessaire.

Pour permettre aux chercheurs une analyse complète et plus fine de la situation vécue par le patient, à la fin de l'entretien, nous avons utilisé un talon sociologique.

VII. Méthodes d'analyse des résultats

Le processus d'analyse des données qualitatives :

L'analyse des données qualitatives consiste en un va-et-vient continu entre les données qui expriment la réalité des participants et les conceptualisations qui visent à représenter cette réalité. Les entretiens enregistrés et les notes produisent des dizaines de pages de retranscriptions. La méthode d'analyse des données est inductive.

Les étapes de l'analyse des données qualitatives :

Six étapes principales sont nécessaires à l'analyse des données. Nous avons choisi de l'expliquer par une figure.

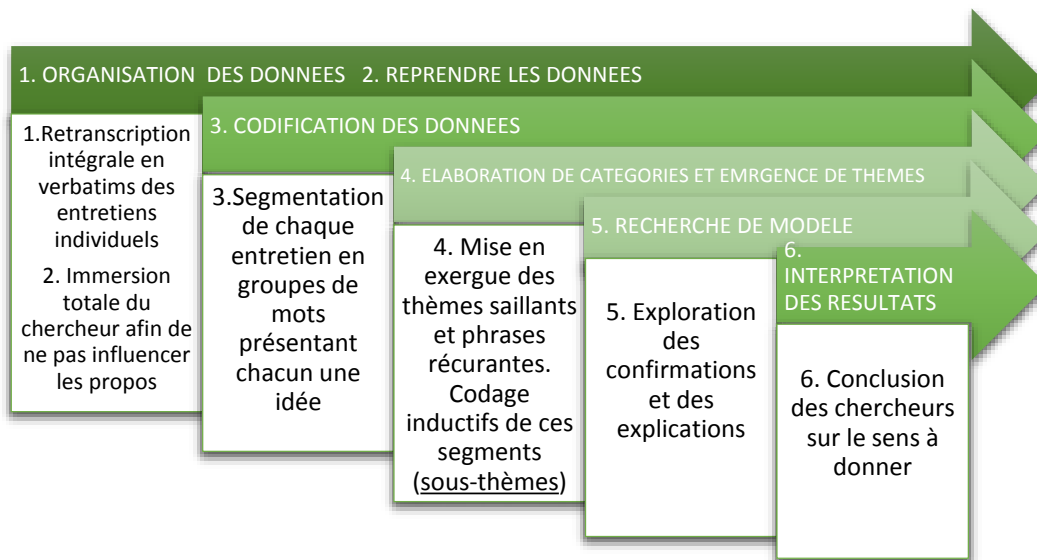


Figure 4 : les étapes de l'analyse des données qualitatives

Cette analyse a débuté dès l'achèvement de la retranscription des premiers entretiens et s'est déroulée de façon concomitante à la poursuite de la collecte des données pour percevoir la saturation de ces dernières.

VIII. Considérations éthiques et réglementaires

➤ Autorisations

L'étude a été menée après l'approbation de la directrice de l'EPS de Ville Evrard. Elle a autorisé la réalisation de l'étude le 9 octobre 2018 (cf. annexe IV).

Pour respecter la norme de conformité à une méthodologie de référence, j'ai déclaré à la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) mon étude, sélectionnant

l'intitulé MR03 qui concerne les recherches dans le domaine de la santé sans recueil du consentement (cf. annexe V).

Pour répondre au critère de rigueur scientifique relatif à la méthodologie qualitative, plusieurs filtres ont été mis en place (Fortin & Gagnon, 2016). Les données des entretiens individuels ont été enregistrées sur dictaphone et retranscrites intégralement le jour même pour ancrer les données dans mon esprit. J'ai lu les entretiens une première fois puis plusieurs fois pour m'assurer de dégager l'essence. Le caractère semi directif des entrevues a laissé tout le champ aux participants de s'exprimer sur le sujet et la saturation thématique a été obtenue et vérifiée à l'issue des cinq entretiens.

➤ Confidentialité des données

Le caractère confidentiel des informations recueillies dans l'étude a été respecté d'une manière rigoureuse. L'ensemble des données recueillies est strictement confidentiel et anonymisé. De même que le traitement des données de cette étude. Un numéro d'identification a été attribué au dossier de chacun des patients, aucun élément ne permettant de connaître l'identité du participant. J'ai établi un code d'identification qui comporte : les trois premières lettres du nom de famille, les deux premières lettres du prénom, le numéro du pôle psychiatrie de prise en charge et un numéro de 1 à 5. Les documents de retranscriptions et d'analyse sont conservés de manière séparée et dans des lieux sûrs fermant à clé. Par ailleurs, l'accès aux ordinateurs et aux fichiers relatifs à la recherche est sécurisé.

IX. Déroulement

Contexte

L'étude que j'ai menée s'est déroulée sur six mois, dans les différents pôles d'hospitalisation de l'EPS de Ville Evrard. J'ai réalisé toutes les interventions de cette étude.

Échantillonnage

Le sujet de mon étude et les critères d'inclusion étant ciblés, le recrutement fut difficile. J'ai contacté par téléphone douze patients recensés par mes collègues. Cinq étaient toujours abstinents et sept n'ont annoncé avoir rechuté. La seconde difficulté a été la réaction des soignants au regard de mon étude. Après avoir consulté dans le dossier informatisé des potentiels patients, j'ai contacté par téléphone les structures. Je me suis retrouvée confrontée à des rires, même des éclats de rire au regard de ma thématique de recherche. Les représentations de chacun étant mis en lumière « *Un patient schizophrène ne s'arrête pas de fumer* ». Après avoir contacté trois structures, j'ai procédé différemment. J'ai informé les cadres de santé de ma démarche de recherche. Malheureusement, cette initiative n'a pas été fructueuse. J'ai appelé quatre cadres, les réponses ont été les suivantes. « *Je n'ai pas de fumeurs schizophrènes dans mon service* », « *des schizophrènes arrêter de fumer ? ! Ah non pas chez nous !* », « *Je ne sais pas, je vous passe les soignants ils seront plus à même de vous répondre* » elle transfère la ligne, un infirmier répond « *des patients schizophrènes qui ont arrêté de fumer ? (Rires) c'est ça votre recherche ? D'accord et de plus de 6 mois ? Mais ça n'existe pas ! Moi, je fume avec eux, d'ailleurs vous consulter pour les soignants ? Nan mais je ne suis pas motivé ! Je suis désolé pour vous mais rien chez nous et bon courage surtout !!* ».

J'ai quand même poursuivi ma recherche de patient mais sans succès. Je pouvais inclure deux autres patients que je suis actuellement. Je considère ce choix comme un biais. Les connaissant, je n'aurai pas investigué ma recherche de la même façon. Alors j'ai fait le choix de rester sur le nombre de cinq entretiens.

Évolution du guide d'entretien

J'ai réalisé un premier guide d'entretien qui comprenait les cinq questions évoquées plus haut. Je l'ai testé auprès d'un patient répondant aux critères d'inclusion. J'ai constaté qu'il était adapté en grande partie mais que je devais reformuler ma deuxième question, (afférent au récit du sevrage tabagique). Elle ne cadrerait pas assez mon interrogation qui était d'entendre le vécu du dernier sevrage. Également, trop prise à certains moments par

l'interview et mon guide, j'ai constaté qu'il me fallait des questions dites « de relance » pour rebondir et approfondir certains éléments. Le terme stratégie n'a pas été utilisé lors du premier entretien de test. Le terme « élément » avait été choisi. Je me suis aperçue que le terme n'était pas compris et interpellait l'interviewer. À partir de ce constat, j'ai retravaillé mon outil d'entretien.

Déroulement des entretiens

Les entretiens individuels semi-directifs se sont déroulés à la libre convenance des patients qui ont accepté de participer à l'étude. Leur durée a varié de 25 à 60 minutes. Les cinq participants étaient tous intéressés et d'accord pour participer à une recherche. Le choix du lieu, du jour et de l'horaire a été laissé à leur appréciation. Je me suis assurée des conditions optimales pour ainsi mener chaque entretien dans un endroit calme et disponible. J'ai rencontré quatre patients dans le Centre Médical Psychologique (CMP) dont ils dépendent et un patient sur son lieu d'hospitalisation à l'EPS de Ville Evrard. Chacun d'entre eux a été enregistré à l'aide d'un enregistreur après accord du patient. J'ai retranscrit au verbatim, afin que le chercheur s'engage pleinement dans l'échange et de faciliter le traitement ultérieur des informations. Les données enregistrées ont été détruites une fois la retranscription effectuée.

CHAPITRE VI : Résultats et Analyse

I. Talon sociologique

Tableau 2 : Talon sociologique des participants

Talon sociologique	Patient 1 : LALMI	Patient 2 : VERMI	Patient 3 : MARAN	Patient 4 : SEFNO	Patient 5 : PHACH
Age	39	44	63	36	45
Genre	Masculin	Masculin	Féminin	Masculin	Masculin
Nationalité	Française	Française	Française	Française	Française
Situation Familiale	Célibataire	Célibataire	Mariée	Célibataire	Célibataire
Nb enfants	0	0	2	0	0
Nb personnes vivant au Foyer	3	3	2	2	1
Type de logement	Appartement	Appartement	Appartement	Appartement	Hotel
logement avec qui ?	Parents	Parents	Mari	Mère	Seul
Activité Professionnelle	Non	Oui	Non	Non	Oui
Dernière Activité Professionnelle	Télé- Opérateur Indépendant	Aide une personne agée	Employée de Bureau	Jamais travaillé	ESAT Bureautique
Si sans emplois, depuis quand ?	2017	Toujours en activité	1990	Jamais travaillé	Toujours en activité
Niveau d'étude	BEP	BAC + 2	BEPC	Seconde	Seconde
Sources de revenu	AAH (860e)	AAH + 300 E	Sans revenu	AAH	AAH + ESAT
Sécurité Sociale avec Complémentaire	Non	Oui	Oui	Oui	Oui
Sécurité Sociale sans Complémentaire	Oui	Non	Non	Non	Non
CMU	Oui	Non	Non	Non	Non

a. Caractéristique de l'échantillon étudié

Il s'agit d'un échantillon relativement homogène. L'âge oscille de 36 à 63 ans. Le sexe ratio est d'une femme pour quatre hommes. Nous observons dans les services de psychiatrie qu'une majorité d'hommes sont hospitalisés. De plus la fréquence de la consommation actuelle de tabac chez les patients présentant une schizophrénie est beaucoup plus élevée qu'en population générale, en particulier chez les hommes et les patients présentant d'autres addictions (Allilaire Jean-François et al., 2009, p.77).

La majorité des participants vit en famille, la participante vit maritalement. Un seul des participants vit à l'hôtel, les autres en appartement.

En ce qui concerne leur situation professionnelle la majorité n'exerce pas d'activité professionnelle. Quatre participants bénéficient de l'Allocation Adulte Handicapé (AAH) à hauteur de 860 €. Tous ont une protection sociale. Ces résultats révèlent bien l'impact social et professionnel que la maladie peut avoir. Ces situations sont en accord avec celles retrouvées dans la littérature qui montrent un important taux de chômage chez cette population (Marwaha & Johnson, 2004) ou bien une insertion professionnelle qui conduit, dans la très grande majorité des cas, à une restriction d'aptitude, de fréquents aménagements de postes et de difficultés au maintien dans l'emploi et au suivi (Breton et al., 2010).

Les cinq participants sont de nationalité française et parlent français couramment. Quatre d'entre eux sont célibataires et sans enfant. La participante est mariée et vit en concubinage. Ses deux enfants sont autonomes.

Le niveau d'études est hétérogène. Un seul des participants à un niveau bac +2. Les cinq patients m'ont expliqué qu'ils ont toujours été de bons élèves à l'école mais lorsque la maladie s'est déclarée vers 17-18 ans, ils ont été dans l'incapacité de poursuivre leurs études. Seule exception, le participant qui a poursuivi jusqu'à un bac +2. Lorsque chacun m'a parlé de cette étape de leur vie j'ai perçu beaucoup de tristesse, car ils vivaient une dynamique scolaire qui a été brutalement arrêtée.

b. Caractéristiques médicales

Les cinq participants de cette étude ont au minimum quinze ans d'évolution de leur maladie schizophrénique. Les experts de la tabacologie précisent que le début de la consommation précède le début des troubles psychotiques chez 77 à 90 % des patients, en particulier avant de recevoir des traitements neuroleptiques. Pour exemple, l'étude de Baker et al. explique que les patients psychotiques débutent leur consommation de tabac en moyenne cinq ans avant les premiers symptômes psychotiques (Allilaire Jean-François et al., 2009, p.73).

c. Caractéristiques sociodémographiques

Tous les participants vivent dans le département de la Seine-Saint-Denis. La prévalence de la maladie schizophrénique est plus élevée dans les classes sociales moins favorisées (Favrod et al., 2015, p.3).

Netgen, précise que certains facteurs sociaux favorisant le tabagisme sont fréquents chez les patients schizophrènes tels que les bas niveaux socio-économiques, éducatifs, le chômage. On note également qu'un entourage fumeur et des hospitalisations en service de psychiatrie restent peu favorables à l'arrêt du tabac (Netgen, 2009).

Trois participants ne travaillent plus, leur maladie en étant la cause. M. LALMI est en arrêt de travail depuis 2017, il était téléopérateur à son compte : *« je n'y arrivais plus avec les gens, j'avais besoin de m'isoler je ne me sentais pas bien, j'étais mal, tellement mal que je n'arrivais plus à travailler, à réfléchir. Aujourd'hui je vais mieux mais je ne suis pas en capacité de reprendre le travail »*. Deux participants bénéficient d'un travail dit « protégé ». M. VERMI travaille 6 heures par semaine. Il aide une personne âgée depuis un an et demi dans son quotidien : *« nous avons une bonne relation. Sois-je l'accompagne pour aller faire ses courses ou je reste avec elle et on discute »*. M. PHACH travaille dans un Établissement et Service d'Aide par le Travail (ESAT) en bureautique : *« j'aime bien le travail informatique, bon celui qu'on nous donne c'est un peu répétitif mais c'est bien »*. Les ESAT proposent des activités professionnelles dans des structures « normales » avec des horaires et des conditions de travail aménagés.

Le point commun de ces cinq participants et d'avoir eu le souhait de participer à une recherche. Tous se sont rendus disponibles, ont été de bon contact, sincères, authentiques et spontanés lors des interviews.

d. Sevrages et rechutes des cinq participant

Tableau 3 : Analyse temporelle des sevrages et des rechutes des cinq participants.

	Patient 1 : LALMI	Patient 2 : VERMI	Patient 3 : MARAN	Patient 4 : SEFNO	Patient 5 : PHACH
Date d'arrêt du tabac	Août 2018	21/10/2018	Juillet 2018	25/12/2015	4/07/ 2017
Abstinent Rechute	ABSTINENT	ABSTINENT	ABSTINENT	ABSTINENT	RECHUTE
Date de la rechute		25/12/2018 2 mois après	25 et 30/12/ 2018 5 mois après		4 Mai 2018 10mois après
Raisons de la rechute		1 joint de cannabis avec sa sœur. « <i>Je n'ai pas su dire non</i> ».	3 cigarettes fumées « <i>à cause du stress des fêtes de fin d'année</i> ».		« <i>Je n'étais pas bien</i> »
Durée de la rechute		1 journée	2 jours		Toujours en rechute
Nbre de tentatives de sevrage tabagique	4	2	4	4	Plusieurs fois

Le nombre de tentatives de sevrage tabagique est de quatre pour trois des participants. Un participant toujours abstinent a fait deux tentatives de sevrage.

Les périodes de stabilisation des troubles sont les meilleurs pour envisager l'arrêt du tabac en particulier chez les personnes présentant des troubles psychotiques (« Tabac et psychiatrie - Santé mentale de A à Z - Espace Presse - Psycom »).

L'un participant n'a pas su identifier le nombre exact de sevrage tabagique mais a verbalisé « plusieurs fois » après avoir été abstinent pendant 10 mois grâce à la vapoteuse. Il a rechuté « à cause du stress, du mal-être lié à ma maladie ». Aujourd'hui il est toujours consommateur de tabac mais songe arrêter à nouveau. Si nous nous référons au cycle Prochaska, ce participant est au stade trois, stade de préparation au changement.

Il est important de distinguer la rechute, qui correspond à la reprise du tabagisme quotidien avec la même consommation qu'auparavant, du faux pas (ou "accident"). Cet événement peut survenir occasionnellement, sans toutefois interrompre le processus d'arrêt. C'est le cas pour deux participants de l'étude. M. VERMI et Mme MARAN ont vécu un stress intense qui les a déstabilisés. Ils n'ont pas su gérer la situation et ont repris la cigarette. Dans ce contexte nous sommes sur un « faux pas » puisque depuis ils sont abstinents.

M. VERMI est consommateur de cannabis, cette consommation ayant commencé en même temps que le tabac. Il s'est sevré de ces deux produits concomitamment. Le cannabis est la substance illicite la plus consommée par les patients présentant une schizophrénie. Sa consommation vise non seulement à modifier le ressenti de la maladie mais aussi les effets secondaires des anti-psychotiques. L'hypothèse causale du « dommage » a vu le jour. Le cannabis exacerberait non seulement les symptômes psychotiques mais aussi la vulnérabilité à la schizophrénie (Thomas, Amad, & Fovet, 2016). Un élément retient particulièrement mon attention : la précocité de la consommation de cannabis qui augmente considérablement le risque de décompenser une pathologie schizophrénique. Le risque serait quatre fois plus élevé lorsque la consommation débute avant l'âge de 15 ans (Thomas, Amad, & Fovet, 2016). Les trois autres participants n'ont jamais fumé de cannabis. M. PHACH en a consommé mais arrêté depuis quelques années, nous confiant : « *cela ne me réussissait pas* ».

Devant une rechute ou un « faux pas », la personne se sent coupable d'avoir repris une ou plusieurs cigarettes. Notre rôle de spécialiste en l'addictologie est de rassurer. Cela ne signifie pas que la personne est incapable d'arrêter de fumer, mais qu'elle n'a pas réagi correctement dans une situation défavorable. Nous valorisons le fait d'avoir tenu sans tabac plusieurs jours ou plusieurs mois. Cela prouve la capacité de vivre sans cigarettes !

Il faut compter quatre tentatives sérieuses avant de parvenir à cesser de fumer totalement. Il est donc normal de devoir s'y reprendre à plusieurs fois. C'est ce que nous expliquons lors des consultations. Cette approche permet de prendre les choses positivement. Après avoir recommencé à fumer la personne éprouve un sentiment de regret, de culpabilité, d'échec ou de déprime. Il est du rôle du spécialiste de tabacologie de ne pas laisser la personne s'accabler par de tels sentiments envers elle-même. Car cela retarde le processus de tenter

un nouvel arrêt du tabac. Ensemble nous regardons les choses positivement pour considérer la rechute comme une occasion d'apprendre. Nous insistons sur le fait que la rechute n'est pas due à un manque de volonté ou d'incapacité. Ensemble nous réfléchissons à cette rechute. En général les ex-fumeurs rechutent parce qu'ils réagissent de façon inadéquate devant une situation à risque. Une fois la situation à risque identifiée, nous travaillons ensemble à l'anticiper et disposer de stratégies pour résister à l'envie de fumer dans chacune d'entre elles (Etter Jean-François, 1998).

II. Thèmes ayant émergé des entretiens

Pour mémoire, le guide d'entretien (cf. annexe II) comporte cinq questions regroupées en trois sujets principaux (tableau reproduit ci-dessous pour la facilité du lecteur).

Tableau 3 : Sujets abordés et questions posés lors de l'entretien semi-directif

QUESTIONS	SOUS-QUESTIONS
<u>I. SUJET 1 :</u> HISTOIRE AVEC LA CIGARETTE	a. Racontez-moi votre histoire avec la cigarette ?
<u>II. SUJET 2 :</u> LES MOTIVATIONS A L'ARRET DU TABAC	a. Quels éléments ont influencé votre abstinence tabagique ?
<u>III. SUJET 3 :</u> LES STRATEGIES DE MAINTIEN AU SEVRAGE TABAGIQUE	a. Et aujourd'hui, quel est votre rapport avec la cigarette ? b. Quelles - en sont les bénéfices ? c. Qu'avez-vous pensé de votre prise en charge ? Avec du recul auriez-vous souhaité que l'on vous propose d'autres alternatives ?

III. SUJET 1 : Histoire avec la cigarette

a. Caractéristiques de la consommation de tabac

Les participants ont commencé à fumer entre 10 et 15 ans. L'âge de début du tabagisme est précoce, dès l'adolescence chez les patients schizophrènes (Hajbi & Tahri, 2010). Semblable à la population générale, l'âge moyen est de 14 ans (« La conduite de l'aide au sevrage tabagique - EM|consulte »).

L'un d'entre eux consommait un paquet de cigarette par semaine dès l'âge de 11 ans.

Deux participants fumaient 20 cigarettes par jour entre 15 et 17 ans. Les patients présentant une schizophrénie fument en moyenne 22 à 27 cigarettes par jour (Dervaux & Laqueille, 2008).

À titre de comparaison, en population générale française, le nombre moyen de cigarettes fumait quotidiennement par les fumeurs réguliers s'élevaient à 13,9 en 2000 et à 14,8 en 2005 (Beck et al., 2006).

Au regard de la schizophrénie, il est important de rappeler que les premiers symptômes de la maladie apparaissent généralement durant l'adolescence ou au début de l'âge adulte (Favrod et al., 2015, p.3).

➤ Le ressenti

Le plaisir

Trois participants ont apprécié leur première cigarette fumée. Comme M. VERMI qui met en avant le plaisir ressenti et le sentiment d'être adulte : « *C'était bon, ça tournait un peu la tête, ce jour-là je me suis senti plus mûr* ». M. SEFNO décrit quelque chose d'interne, de ressenti dans son propre corps. La nicotine comme un besoin : « *j'ai tout de suite aimé fumer. J'ai toujours eu l'impression qu'il manquait de la nicotine dans ma vie* ». M. PHACH met lui aussi ce côté adulte par l'action de fumer, de faire quelque chose d'interdit pour un adolescent : « *je me sentais adulte. Je bravais les interdits* ».

À la question, pour quelles raisons fumez-vous ?

➤ **Aspect psychologique**

Le stress, l'angoisse

Cet aspect psychologique est mis en évidence par les cinq participants.

La maladie schizophrénique entraîne une grande souffrance psychologique. L'angoisse est un symptôme majeur, extrêmement douloureuse. Elle peut entraîner soit une agitation, soit au contraire un état de stupeur. La forme la plus sévère empêche le patient à verbaliser cette angoisse. Cliniquement, elle se lit sur son visage et se voit dans ses attitudes. L'angoisse peut même être anidétique c'est-à-dire sans contenu, elle ne peut donc même pas être exprimée (« Les différents signes cliniques de la schizophrénie »). La schizophrénie entraîne donc une perception différente et angoissante du monde qui l'entoure (« Schizophrénie »). Mme MARAN nous explique : « je fumais pour *diminuer mes angoisses* », M. VERMI verbalise : « *après je me sentais mieux* ».

C'est ce que nous explique M. LALMI : « Je fumais pour *évacuer tout ce stress* », M. LALMI et Mme MARAN qualifie la cigarette de « *béquille* », et précise même que la cigarette était « *un radeau* ». La cigarette est ressentie et perçue comme porteuse, soutenance, aidante. Le fumeur associe son tabagisme à sa palette émotionnelle (Allilaire Jean-François et al., 2009, p.93).

Je constate dans mon quotidien d'infirmière en addictologie que la principale cause de rechute est liée à un aspect psychologique. Le stress, l'angoisse sont les symptômes les plus flagrants. Quasiment pas annoncée, les participants évoquent très peu l'aspect physique. Le manque de nicotine est apaisé par la prise de substitut nicotinique à un dosage adapté. Il reste la dépendance comportementale, sociale qui elle aussi est difficile à gérer.

➤ Aspect Social, comportemental

L'isolement lié à la maladie

L'aspect social, comportemental est rapporté pour trois participants. M. VERMI explique : *« ça me donnait une contenance, j'étais avec les fumeurs »*. Mme MARAN expose le côté féminin : *« c'est la panoplie pour sortir, le paquet à mettre dans le sac à main ça donne du volume et une contenance pour être avec les autres »*

Le terme contenance ressort deux fois, comme la béquille, la cigarette aide, soutient pour remédier à des difficultés relationnelles induites par la maladie. M. PHACH : *« je fumais pour faire comme les autres, j'étais avec les copains »*. La maladie schizophrénique obère de façon importante l'adaptation sociale.

Affirmer son identité, sa singularité à l'intérieur d'un cadre, *« braver les interdits »*, était important pour deux participants au moins.

Par ailleurs, nous avons rencontré le thème de l'occupation du temps sous divers termes. M. LALMI : *« pour rythmer le temps »*, M. VERMI : *« je me suis isolé, je ne travaillais pas, je fumais pour m'occuper »*

Le tableau clinique du patient présentant une schizophrénie associe une perturbation de l'expérience de soi et du monde extérieur, une modification de la relation aux autres et de la participation à la vie sociale (Grivois, 1998, p.27).

Il est important de noter, que la dépendance est plus sévère chez les personnes ayant des troubles psychotiques. Sur le plan psychologique, de nombreux malades déclarent fumer pour se calmer lors des périodes de stress, pour atténuer leur humeur dépressive ou leur anxiété, pour améliorer leur concentration pour échapper à l'ennui ou à la lassitude (*« Tabac et psychiatrie - Santé mentale de A à Z - Espace Presse - Psycom »*).

Il convient également de souligner que la dépendance est plus sévère chez les personnes ayant des troubles psychotiques. Sur le plan psychologique, de nombreux malades déclarent fumer pour se calmer lors des périodes de stress, pour atténuer leur humeur dépressive ou leur anxiété, pour améliorer leur concentration pour échapper à l'ennui ou à la lassitude (*« Tabac et psychiatrie - Santé mentale de A à Z - Espace Presse - Psycom »*).

IV. SUJET 2 : Motivations au sevrage tabagique

Tableau 5 : Analyse thématique des motivations individuelles au sevrage tabagique comprenant la fréquence d'apparition (F) des contenus thématiques et des éléments de verbatim pour les thèmes.

Thème	Sous-thème	Verbatims	F
Le tabagisme vécu comme une contrainte	Aspect négatif Conséquences physiques et psychologiques du tabagisme	M. LALMI : « <i>Quand je travaillais c'était fatiguant de devoir sortir fumer. C'était devenu contraignant</i> », « <i>je me sentais esclave</i> », « <i>c'était angoissant, je me disais si je n'ai pas de cigarettes comment je vais faire sans</i> ».	2
		M. VERMI : « <i>je n'arrivais pas à dormir en respirant par le nez. Maintenant j'y arrive je n'ai plus la bouche ouverte</i> », « <i>je n'avais pas d'odorat, ni le goût des aliments</i> », « <i>la cigarette c'est une sorte d'esclavagisme après chaque cigarette on encore envie d'une autre cigarette</i> ». « <i>La cigarette c'est une cage</i> » Mme MARAN : « <i>ce n'était plus du plaisir c'était une torture</i> »	2
Le tabagisme vécu comme un risque et une contrainte	Coût	M. LALMI : « <i>Je dépensais quand même 300 € par mois en cigarette. Ce n'était pas une petite somme</i> » M. SEFNO : « <i>je fumais trois paquets de cigarettes longues par jour</i> » M. VERMI : « <i>je mettais presque tout mon argent dedans</i> »	3
	Risque pour la santé	M. PHACH : « <i>la cigarette c'est un poison quand on fume on peut avoir un cancer</i> ». M. VERMI, M. SEFNO, M. LALAMI : « <i>je pensais à ma santé</i> ». Mme MARAN : « <i>fumer ne guérit pas le stress, en fait c'est quelque chose qui fait mal par-dessus quelque chose qui fait mal</i> »	4
	Famille soutenance	M. VERMI, M. SEFNO, Mme MARAN, M. PHACH : « <i>j'étais soutenu par ma famille</i> »	2
	Identification de l'existence d'un	M. LALMI et M. VERMI : « <i>je me suis dit j'arrête</i> » Mme MARAN : « <i>j'ai décidé d'arrêter</i> » M. SEFNO : « <i>je me suis dit je ne toucherai plus de cigarettes</i> »	

	problème ou phase de contemplation	Mr PHACH : « <i>je me suis dit arrête c'est trop là !</i> »	
	Esclavage		

➤ Le tabagisme vécu comme une contrainte

Aspect négatif, conséquences physique et psychologiques du tabagisme

Nous avons entendu plusieurs termes similaires pour décrire leur motivation à arrêter le tabac : « excès », « écœuré », « trop », « fatigant », « contraignant ». Messieurs LALMI et VERMI verbalisent un « *sentiment d'être esclave de la cigarette* ». Le plaisir a laissé place aux besoins ou aux rituels. Dans ce verbatim nous pouvons percevoir le ressenti négatif lié à la perte de contrôle, caractéristique de l'addiction.

M. PHACH à plusieurs reprises et à différents moments a exprimé sa peur du cancer. « *Si je continue à fumer je vais avoir un cancer !* », « *quand on fume on peut avoir un cancer de quoi ?* », « *Le cancer c'est un poison dans le sang !* ». Ici on constate toute la difficulté du phénomène addictif de la nicotine. M. PHACH n'est pas dans le déni de sa consommation ni des risques engendrés par celle-ci. Il souhaite arrêter pour sa santé mais ce sevrage est difficile pour lui. Après un sevrage tabagique de dix mois, M. PHACH a repris la cigarette et sa consommation antérieure c'est-à-dire quarante cigarettes par jour.

➤ Le tabagisme vécu comme un risque et une contrainte

Le coût

Trois participants précisent que les coûts du tabac quotidien est pour eux une motivation pour s'arrêter de fumer. Quatre autres perçoivent l'AAH, soit 860 euros par mois. Ce montant est leur seule ressource financière. Nous comprenons ainsi que fumer impacte considérablement leur budget. Un paquet de cigarette aujourd'hui coûte en moyenne

8,50 euros (Electricite, 2019). La consommation antérieure des participants leur revenait au minimum à 255 euros par mois. Ce qui les positionnait dans une précarité économique.

M. LALMI verbalise : « *je vais beaucoup mieux depuis que j'ai arrêté de fumer rien que sur le plan financier* ».

Risque pour la santé

Un participant explique à plusieurs reprises lors de l'entretien sa peur du cancer. Prendre conscience est pourtant extrêmement difficile lorsqu'on souffre de schizophrénie. Les quatre participants ont souhaité arrêter leur tabagisme pour des raisons de santé.

Famille soutenante

Quatre participants déclarent que le soutien familial fut une aide « *soutenus par ma famille* » ce qui les a aidés. L'aspect familial et environnemental est en effet de grande importance. La famille joue un rôle majeur. Elles souffrent souvent de voir leur proche malade. Un seul participant n'a pas de contact avec sa famille « *ils m'ont exclu* » précise M. LALMI.

Identification de l'existence d'un problème ou phase de contemplation

Les cinq participants insistent bien sur la décision personnelle qu'ils expriment ainsi : « *je me suis dit j'arrête* », « *j'ai décidé d'arrêter* », « *je me suis dit je ne toucherai plus de cigarettes* ». « **Je** », « **J'ai** » : ce pronom à la première personne du singulier est très significatif : en utilisant le « je », ils prennent conscience de leur existence et de leur individualité. Dire « Je » c'est revêtir un sens particulier pour dire quelque chose. C'est un acte conscient, un acte de langage, un acte individuel, et irrémédiablement, un acte social. Dire, c'est faire usage du langage, formuler une pensée. Dire « Je » c'est se personnifier et se singulariser. Je suis stupéfaite d'observer cette prise de contrôle au regard des troubles engendrés par la maladie.

Si nous regardons le cycle De Prochaska et Di Clément, nous y observons que les participants à notre étude sont parvenus à la phase quatre du cycle de changement. À ce stade, le patient est actif et engagé dans le changement. Les motivations à l'arrêt du tabac sont variables pour beaucoup de participants. Ces résultats mettent en avant que la

motivation est hétérogène. Rappelons que la nicotine est la substance la plus addictive et que les phénomènes psychopathologiques inhérents à la maladie entraînent une vie ritualisée, compliquée.

La maladie schizophrénique affecte la pensée, les sentiments et les émotions. Partant de ce constat, je trouve que les patients font preuve d'une grande force de courage pour modifier leur comportement.

Synthèse du SUJET 2 lié aux Motivation de sevrage tabagique

Quatre participants ont verbalisé que leur motivation avait été soutenue par leurs familles. Les aspects financiers, médicaux et propres à soi tel que la confiance en soi, le sentiment de liberté et le plaisir gustatif ont contribué à maintenir cette motivation pour la majorité des participants.

V. SUJET 3 : Stratégies de maintien au sevrage tabagique

a. Quelles stratégies avez-vous mises en place lors de votre sevrage tabagique

Tableau 6 : analyse thématique comprenant la fréquence d'apparition (F) des contenus thématiques et des éléments de verbatim pour les thèmes.

Thème	Sous-thème	Contenu	Verbatims	F
Stratégie d'accompagnement efficace	Démarche et ressource facilitant accompagnée par une tabacologue	Soutien Encourageant Coach Angoisse Solitude	<i>LALMI : « Après avec la tabacologue ça a été beaucoup plus simple » « Seul c'est difficile, je ne savais pas qu'il y avait une tabacologue ». « C'était efficace. C'est un soutien. Elle était gentille, à l'écoute, encourageante. Donc ça m'a aidé. Je savais où j'allais avec un l'infirmière de tabacologie, c'était comme un coach pour moi. Ça me permettait de parler, de mettre des mots sur ce que je vivais, sur ce que je ressentais. J'ai compris que c'était en lien avec mes angoisses, ses moments de solitude. Cette prise en charge tabacologique à</i>	2

		Renforcer ma motivation Rassurer Béquille Déclic Porter, encourager Je le faisais aussi pour elle Donner un sens à votre vie professionnelle Remplir ce document Fais tenir Fais rester dans l'objectif	renforcer ma motivation Ces consultations m'ont rassuré et ont été une béquille ». VERMI : « Rien que d'aller voir une addictologue c'est ça qui m'a donné envie d'arrêter de fumer. C'est ça qui m'a fait le déclic. Je me sentais porté, encouragé » « C'était important et aidant je le faisais pour moi mais je le faisais aussi pour elle. Oui parce qu'on est deux à être motivé dans la même chose donc ça compte. Je pense que c'est aussi ça qui donne un sens à votre vie professionnelle » MARAN : « L'IDE en tabacologie me donne des feuilles ; je dois noter le degré de l'envie, je dois le coter de zéro à 10. Ça m'aide beaucoup de remplir ce document. Ça me permet de retracer mes envies et l'intensité ». SEFNO : « C'est grâce à vous que j'ai réussi à arrêter de fumer. C'est ce qui fait tenir. C'est ce qui fait rester dans l'objectif. Le fait d'avoir des consultations régulières ça fait tenir. C'est trop dur tout seul »	2 2
Stratégies médicament euses efficaces	Usage efficace de substitution nicotinique orale (gommes à mâcher, pastilles) Usage efficace de substituts nicotiniques	Sorte de Bonbon Soulageait Rassurait Je prends une gomme et ça me convient J'ai gardé la Nicorette spray et j'ai acheté des gommes à la nicotine (...) au cas où Des patchs et des gommes et des pastilles, ça m'a beaucoup aidé. J'ai toujours une gomme sur moi ou une dans la bouche	LALMI : « Ce qui a marché ce sont vraiment les pastilles. J'avais quelques choses à mettre à la bouche comme une sorte de bonbon qu'on met à la bouche. Ça me soulageait ». Ça me permettait d'oublier totalement la cigarette. J'en ai toujours une sur moi, ça me rassurait. Avec la pastille, je n'avais plus envie de fumer ». VERMI : « quand la vapoteuse est en charge, et que j'attends, (...) je prends une gomme et ça me convient » SEFNO : « j'ai gardé la Nicorette spray et j'ai acheté des gommes à la nicotine parfum menthe au cas où ma cigarette électronique tombe en panne ». MARAN : « J'ai pris des patchs et des gommes et des pastilles, ça m'a beaucoup aidé. J'ai toujours une gomme sur moi ou une dans la bouche » « Aujourd'hui j'augmente le patch d'un demi en plus et je prends des gommes ou des pastilles de 4 mg si j'ai une envie de fumer » « Je ne sais pas combien de temps je vais devoir encore porter des patchs parce que si j'arrête je vais recraquer ».	

	Usage efficace de la vapoteuse	Avec la vapoteuse je ne m'écœure pas, je contrôle ma consommation Avec la vapoteuse je me sens plus responsable de moi-même et ça vraiment c'est important pour moi. Maîtrise du fonctionnement En avoir 2 Elle me donne confiance en moi	PHACH : « Des patchs pour moi c'est la base. (...) ça passe dans le sang » VERMI : « Je me suis aperçu que je préférais le goût de la cigarette électronique » « Je dois partir chez ma sœur (...) elle va fumer et je vais lui dire non. Je prendrai ma vapoteuse » « Avec la vapoteuse je ne m'écœure pas, je contrôle ma consommation » « La vapoteuse est plus thérapeutique » « Avec la vapoteuse je me sens plus responsable de moi-même et ça vraiment c'est important pour moi. Je ne me cache pas derrière la vapoteuse, je prends juste ma dose de nicotine alors qu'avant je me cachais derrière ma cigarette pour affronter les choses de la vie courante ». SEFNO : « J'ai pris une cigarette électronique avec un liquide à 18 mg c'est presque le maximum. Je sais exactement comment ça fonctionne donc dès qu'il y a le moindre souci je sais la réparer. J'en ai acheté une deuxième (...) si elle tombe en panne. Ça me sécurise de connaître le fonctionnement d'une vapoteuse et d'en avoir une deuxième ». « La vapoteuse c'est mieux pour moi j'ai une vie compliquée quand même. Il me faut quand même un petit plaisir. J'ai toujours la vapoteuse avec moi. Dès que je me réveille je l'utilise. Je l'ai avec moi dans la chambre. Parce qu'après les cauchemars que j'ai faits j'ai besoin de souffler un peu » « Avec cette cigarette ça me donnait de la contenance. Avec la cigarette électronique j'ai retrouvé cette contenance. Elle me donne confiance en moi ».	
Stratégie d'arrêt en binôme efficace	Prise de conscience au regard d'un proche	Montré une forme d'exemple On vit la même chose	VERMI : « J'ai un camarade qui a arrêté de fumer le tabac et le cannabis. Ça m'a montré une forme d'exemple . On était tout le temps ensembles. Aujourd'hui on vit la même chose »	
Stratégie physique, de mouvement efficace	Changement d'environnement	Je n'y pensais plus Je tourne la tête	LALMI : « Je changeais de pièce et je n'y pensais plus ». M. SEFNO : « je tourne la tête pour ne pas sentir »	
Stratégie de pensées Efficace	Je	Je savais en moi Esclave Je me dis	LALMI : « Parce que je savais en moi que c'était terminé. Une page s'est tournée », « Je ne me sens plus esclave » VERMI : « Je me dis que j'ai plus la pêche, plus de temps pour moi. Que je ressens mieux les goûts, les saveurs. Que ma qualité de sommeil	

		Je pense à J'ai retrouvé Cage Dans ma tête c'est rangé Je serai déçu Je n'ai pas envie de repartir là-dedans	est meilleure, que je me sens plus libre, que ça m'apaise sur mon quotidien ». « Je pense à ma santé, j'ai récupéré de la respiration. J'ai retrouvé cette sensation d'être plus libre, c'est toute une cage qui a disparu ». MARAN : « De toute façon, dans ma tête c'est rangé, je ne veux pas fumer SEFNO : « Je me dis que forcément je serai déçu puisque là en plus ça fait trois ans et demi. Je n'ai pas envie de repartir là-dedans et de retoucher »	
Stratégie d'accompagnement familial efficace	Accompagnement familial efficace	Ce qui m'a aidé c'est ma famille Le cadre Entouré Je les ai très souvent au téléphone Mes parents sont fiers Fier de moi et m'encourage	PHACH : « Ce qui m'aide c'est ma famille, c'est le cadre », « Je suis très attachée à mes parents particulièrement à ma mère. Ma mère m'a toujours dit que ce n'était pas ma faute si j'étais malade ». « J'ai toujours été entouré » « Mes parents habitent à côté d'Agen, je les ai très souvent au téléphone ». M. VERMI : « Mes parents sont fiers de moi, ils ont arrêté de fumer avant moi aujourd'hui ils me soutiennent ils savent ce que je vis ». Mme MARAN : Mes enfants et mon mari sont fiers de moi et m'encouragent »	
Stratégie alimentaire efficace	Usage efficace d'une méthode alimentaire	En cas de stress J'ai arrêté 6 ans	MARAN : « J'ai utilisé la méthode qui disait qu'il fallait boire beaucoup d'eau dans la journée et manger des amandes quand on avait envie de fumer (...) en cas de stress. J'ai pu arrêter pendant six ans ».	
Stratégie d'hygiène de vie efficace	Usage efficace d'une méthode d'hygiène de vie	Sport Natation Mangeais moins de conserves	MARAN : « Je m'étais mise au sport à ce moment-là je faisais beaucoup de natation . C'était aussi une réorganisation de ma santé. Je mangeais moins de conserves »	
Stratégie d'apaisement auprès de chats au quotidien efficace	Les bienfaits des félins	Apaisant Fidèle	VERMI : « J'aime le contact avec les chats c'est apaisant (...) il ronronne. Le chat est le fidèle compagnon de l'homme »	

➤ Stratégie d'accompagnement

Soutiens, encourageante, coach, renforcer la motivation, rassurer, porter, faire tenir.

Ces verbatims verbalisés par les patients décrivent la fonction contenante d'un accompagnement par une infirmière de tabacologie. Les patients ont rapporté s'être sentis plus en confiance, et moins anxieux de réaliser ce sevrage en étant encadré « *comme un coach pour moi* ». La présence de l'infirmière de tabacologie aux consultations a permis d'améliorer la relation soignant-soigné et de faciliter l'intégration des conseils d'aide au sevrage.

Quatre participants ont verbalisé que cette prise en charge était « *un soutien* », « *encourageante* ». M.VERMI : « *Je me sentais porté, encouragé. C'était important et aidant* ». Un participant avait utilisé le terme de béquille pour qualifier sa relation avec la cigarette. Ce même patient abstinent aujourd'hui au tabac a exprimé que cette relation avec l'infirmière de tabacologie était une béquille pour lui. Nous constatons l'importance du soutien physique qui permet de se reposer pour avancer avec le sentiment d'être porté.

Au regard de ces éléments, j'éprouve un grand respect envers ces patients faisant preuve de courage et de volonté considérable. La maladie entraîne une perte de contact avec le monde environnant et la personne se met en retrait, devient peu bavarde, peu réactive. Elle vit en son monde intérieur. En mobilisant leurs ressources, en mettant en place leurs stratégies de maintien au sevrage tabagique, ces patients se dirigent vers un rétablissement de leur maladie psychiatrique. Le sevrage tabagique leur permet un bien-être personnel, un niveau d'estime de soi, d'espoir et d'optimisme.

On note également, beaucoup de gratitude envers l'infirmière de tabacologie. M. LALMI : « *Après avec la tabacologue ça a été beaucoup plus simple (...) c'est un soutien. Elle était gentille, à l'écoute, encourageante. Donc ça m'a aidé. Je savais où j'allais avec une infirmière de tabacologie, c'était comme un coach pour moi. Ça me permettait de parler, de mettre des mots sur ce que je vivais, sur ce que je ressentais. J'ai compris que c'était en lien avec mes angoisses, ces moments de solitude. Cette prise en charge tabacologique à renforcé ma motivation Ces consultations m'ont rassuré et ont été une béquille* ».

La notion de reconnaissance mutuelle.

M. VERMI : « *Je le faisais pour moi mais je le faisais aussi pour elle. Oui parce qu'on est deux à être motivé donc ça compte. Je pense que c'est aussi ça qui donne un sens à votre vie professionnelle* ». Nous appuyons tout à fait cette affirmation : nous sommes deux dans cette prise en charge. Cette relation, cette alliance est en effet l'élément principal qui nourrit pour ma part le plaisir de travailler en addictologie. J'observe dans mon quotidien professionnel que les patients sont particulièrement sensibles à notre réaction. C'est-à-dire lorsqu'ils n'ont pas atteint les objectifs co-définis ensemble, ils ont un comportement que j'assimile à celui des enfants pris en faute. Ils baissent la tête et timidement avouent les choses. Ou à l'inverse, ils arrivent très fiers, très souriant, leur visage est solaire pour nous annoncer la bonne nouvelle. Inévitablement notre visage aussi, s'illumine. Tout ceci renforce leur motivation et leur estime de soi. Je n'avais jamais entendu des patients comme M. VERMI dire : « *je le faisais pour moi mais je le faisais aussi pour elle* », M. SEFNO : « *C'est grâce à vous que j'ai réussi à arrêter de fumer* ». Lorsque je dis que ces patients me font penser à des enfants il n'y a rien de péjoratif dans cela. C'est d'ailleurs une chose que j'apprécie en psychiatrie, les patients présentent une certaine spontanéité, comme les enfants, il n'y a pas de filtre, les choses sont dites sans être formatées, j'apprécie cette relation ainsi.

M. SEFNO : « *C'est ce qui fait tenir. C'est ce qui fait rester dans l'objectif. Le fait d'avoir des consultations régulières ça fait tenir. C'est trop dur tout seul* »

Axel Honneth, philosophe et sociologue à réaliser des travaux pour identifier les conditions qui permettent à une alliance d'assurer conjointement une meilleure réalisation de soi. Pour Honneth, les individus ne se réalisent en personne que s'ils s'estiment dotés de capacité positive et de capacité morale. Un cheminement qui parvient grâce à la garantie par autrui de ses capacités et de ses qualités. La réalisation de soi résulte de ce fait de l'intégration sociale. La caractéristique du rapport à soi et donc inhérente de la constitution du rapport à autrui (Honneth, 2002).

➤ Stratégie médicamenteuse

Usage des substituts nicotinique

Tableau 7 : analyse de l'inefficacité des traitements par substitutions nicotiques utilisées par participant.

Sujets SN	S1	S2	S3	S4	S5
Patchs transdermiques	X Inefficace	Non essayé			
Gommes à mâcher	X Inefficace	Non essayé			X Inefficace
Pastilles sublinguales		Non essayé		Non essayé	Non essayé
Spray nicotinique	X Inefficace	Non essayé	Non essayé	X Inefficace	Non essayé
Vapoteuse	X Inefficace		Non essayé		X Inefficace rechute à 10 mois

Les patchs transdermiques

Pour un seul participant, l'usage des substituts nicotiques transdermiques ont été inefficaces. « Avec les patchs je n'avais pas la gestuelle, j'étais déstabilisé », « ils me donnaient des palpitations ».

Les gommes à mâcher

Pour deux participants ce substitut oral a été inefficace et ne répond pas à leurs besoins en nicotine. M. LALMI exprime : « les chewing-gums ça ne marchait pas ». M. PHACH : « quand je prenais une gomme j'avais envie de fumer ! ».

Les pastilles sublinguales

Pour trois participants cette forme de substitution n'a pas été essayée. Souvent les patients préfèrent les gommes à mâcher car elles restent plus longtemps en bouche. Ce que les pastilles ne font pas. Passées dix minutes la pastille est dissoute.

Le spray nicotinique

Deux participants ont testé et l'ont trouvé inefficace. Ce substitut nicotinique agit en 60 secondes. Il répond rapidement au besoin de nicotine. Son goût mentholé est aussi apprécié. Mais visiblement, il n'est pas efficace durablement.

M. VERMI : *« le spray, ça ne m'a pas aidé, il me manquait un truc, le machin à mettre à la bouche ».*

M. SEFNO : *« le spray nicotinique m'a vraiment aidé (...) j'ai arrêté 1 an. Je n'ai pas réussi à tenir (...) je n'avais plus la gestuelle, il me manquait quelque chose ».*

La vapoteuse

Pour M. VERMI : *« la cigarette électronique à mon grand étonnement ne me faisait pas arrêter de fumer, je l'avais toujours à la bouche. Et quand la batterie chargeait je fumais des cigarettes ».*

M. PHACH l'a utilisé 10 mois et déclare qu'il ne l'a pas trouvée efficace à long terme : *« je l'avais toujours à la bouche, je voulais cette vapeur dans la bouche, j'avais pris un liquide goût fruits rouges parce que goût tabac c'est sur tu replonges et puis en fait ça n'a pas suffi, un jour je n'étais pas bien et je voulais une vraie cigarette ».* M. PHACH est le seul patient de cette étude à avoir rechuté. Néanmoins, il a tenu dix mois, ce qui est important et rassurant pour sa prochaine tentative. Il sait ce qui fonctionne, ce qui ne fonctionne pas comme substituts nicotiniques. Il a identifié la cause de sa rechute, un élément essentiel pour sa future tentative de sevrage tabagique.

M. SEFNO a besoin de se rassurer. Ainsi en contrôlant le fonctionnant et en ayant deux. *« Je sais exactement comment elle fonctionne. Si elle tombe en panne. Ça me sécurise de connaître le fonctionnement d'une vapoteuse et d'en avoir une deuxième ».*

Synthèse de l'analyse de l'inefficacité des traitements par substitutions nicotiques

Nous avons pu constater que les cinq participants avaient fait le choix d'utiliser ou non différentes formes de substitutions. Ces essais leur ont permis de savoir ce qu'ils leur convenaient et ce qui ne leur convenait pas. Cette étape est indispensable. Elle leur demande de s'interroger et d'apprécier les effets attendus. Cette étape est difficile pour eux car il faut être à l'écoute de leur corps, une perception difficile et faussée par la maladie. Néanmoins, ils en sont capables. L'étude menée le prouve.

Tableau 8 : analyse de l'efficacité des traitements par substitutions nicotiques utilisées par participant.

Sujets SN	S1	S2	S3	S4	S5
Patchs transdermiques			X Efficace TTT Actuel	X Efficace	X Efficace
Gommes à mâcher			X Efficace TTT Actuel	X Efficace (Utilisation en si besoin)	
Pastille sublinguale	X Efficace TTT Actuel		X Efficace TTT Actuel		
Vapoteuse		X Efficace TTT Actuel		X Efficace TTT actuel	

Analyse des différentes formes de substitution nicotique

- Trois sujets ont essayé les patchs transdermiques et valident l'efficacité.
- Deux sujets ont essayé les gommes à mâcher et valident leur efficacité.
- Deux sujets ont essayé les pastilles sublinguales et valident leur efficacité
- Deux sujets ont essayé la vapoteuse et valident leur efficacité.

Substitution nicotinique actuelle :

- Deux sujets utilisent la vapoteuse
- Deux sujets utilisent les pastilles sublinguales
- Un sujet utilise les gommes à mâcher
- Un sujet utilise des patchs transdermiques

Nous constatons qu'une substitution nicotinique est importante pour les personnes abstinentes au tabac. Une fois obtenue, le sevrage peut être prolongé chez les patients présentant une schizophrénie (Dervaux & Laqueille, 2007).

Les dispositifs transdermiques de nicotine facilitent le sevrage tabagique chez les patients motivés (George et al., 2000). Le taux d'abstinence à douze semaines après une substitution transdermique est cependant plus faible chez les patients présentant une schizophrénie (36-42 %) qu'en population générale (50- 70 %) (Dervaux & Laqueille, 2007).

La durée du traitement de substitution nicotinique quel qu'il soit est de deux à six mois, parfois plus. Le réapprentissage d'une vie sans tabac pouvant être plus long chez les patients présentant une schizophrénie que chez les sujets sans pathologie psychiatrique (Dervaux & Laqueille, 2007).

La cigarette électronique est clairement perçue comme une aide à l'arrêt du tabac à son profit. Début 2014, près de 1 % de la population, soit 400 000 personnes sur 13 millions de fumeurs, déclarait que c'était la cigarette électronique qui leur avait permis de se sevrer du tabac (Etter). La cigarette électronique bien qu'elle n'ait pas fait l'objet d'évaluation rigoureuse, peut-être une alternative, en raison de ses risques pour la santé bien plus faible que le tabac est dans une optique de réduction des risques (Gartner & Hall, 2015). Les tabacologues ont pendant longtemps ignoré, « snobé » la cigarette électronique. Et je peux en témoigner : ce sont les patients eux-mêmes qui les ont sensibilisés ! Vraisemblablement ce n'est pas un produit gadget. Ce qui est intéressant de constater, c'est que pour la première fois, ce sont les patients qui ont imposé un dispositif. Il ne vient ni de la pharmacie, ni de la médecine, ni de la science. Et c'est bien sous la pression des patients qu'aujourd'hui, des études sont menées. L'e-cigarette : un changement de paradigme !

➤ Stratégie d'arrêt en binôme

Prise de conscience au regard d'un proche

M. VERMI évoque son ami de longue date avec qui ils avaient l'habitude de fumer du tabac et du cannabis. Celui-ci a décidé d'arrêter. Voyant les efforts et la réussite de son ami, M. VERMI s'est dit que lui aussi il pourrait arrêter : « *Il m'a montré une forme d'exemple (...) On vit la même chose* ». Là encore nous percevons la fonction soutenant. Être à deux, porte, rassure, permet de vivre la même chose avec ces facilités et ces difficultés.

➤ Stratégie physique, de mouvement

Changement d'environnement

Deux participants verbalisent soit changer de pièce, soit tourner la tête pour ne pas sentir l'odeur parce qu'ils avouent toujours l'apprécier. Comportement efficace car l'envie de fumer ne se présente pas. « *Après j'y pense plus* ».

➤ Stratégies de pensées

Je, j'ai

Nous retrouvons ici l'affirmation de soi par le « je » et le « j'ai » comme nous l'avons vu dans la décision d'arrêt du tabagisme.

M. LALMI verbalise quelque chose d'interne, un ressenti personnel : « *Parce que je savais en moi que c'était terminé. Une page s'est tournée* », « *Je ne me sens plus esclave* »

M. VERMI lui, a fait le constat de plusieurs éléments qui apportent un mieux-être à son quotidien, et l'aident à maintenir son sevrage tabagique : « *Je me dis que j'ai plus la pêche, plus de temps pour moi. Je ressens mieux les goûts, les saveurs. Ma qualité de sommeil est meilleure, je me sens plus libre, c'est un apaisement sur mon quotidien* ». « *Je pense à ma santé, j'ai récupéré de la respiration. J'ai retrouvé cette sensation d'être plus libre* »

Mme MARAN a pris sa décision, pour elle c'est une affaire classée : « *De toute façon, dans ma tête c'est rangé, je ne veux pas fumer* ».

M. SEFNO évoque lui aussi quelque chose de ressenti, mais plutôt de personnel. C'est une fierté ressentie pour lui d'être abstinent au tabac, il ne veut pas être déçu de lui-même et

déçu du goût du tabac : « *Je me dis que forcément je serai déçu puisque là en plus ça fait trois ans et demi. Je n'ai pas envie de repartir là-dedans et de retousser* ».

Rappelons que la maladie schizophrénique peut entraîner des déficits cognitifs, des déficits de la mémoire, de l'attention, de planification et de prise en compte des changements dans le contexte (Favrod et al., 2015, p.126). Des troubles cognitifs, c'est-à-dire l'incapacité de coordonner ses pensées, ses actions en fonction des buts souhaités sont par ailleurs fréquentes dans la maladie schizophrénique. Ces troubles jouent certainement un rôle essentiel dans les capacités d'adaptation des personnes à leur environnement. Ils peuvent se manifester par un discours vague, abstrait, peu informatif (Favrod et al., 2015, p.139).

Néanmoins, nous constatons ici que les quatre patients sur cinq de l'étude ont mis en place des stratégies de pensées, des capacités à prendre le contrôle et le pouvoir de leur projet de vie.

➤ **Stratégie d'accompagnement familial**

Accompagnement familial

M. PHACH est très attaché à ses parents dans cette relation qu'il décrit. Nous rencontrons à nouveau la fonction encadrant : « *Ce qui m'aide c'est ma famille, c'est le **cadre*** », « *J'ai toujours été entouré* », « ***Je suis très attaché à mes parents** particulièrement à ma mère. M. PHACH, comme les quatre autres participants n'est pas dans le déni de sa maladie. Ce qui le rassure particulièrement ce sont les propos de sa maman : « *Ma mère m'a toujours dit que ce n'était pas ma faute si j'étais malade* ». « *Mes parents habitent (...), je les ai très souvent au téléphone* ».*

M. VERMI vit avec ses parents depuis toujours. Ils ont une très bonne relation tous les trois avec leurs quatorze chats précise-t-il : « ***Mes parents sont fiers de moi**, ils ont arrêté de fumer avant moi, aujourd'hui ils me soutiennent ils savent ce que je vis* ».

Mme MARAN vit en concubinage son mari ne fume plus depuis plus de 20 ans : « *Mes enfants et mon mari **sont fiers de moi et m'encouragent*** ».

➤ **Stratégie alimentaire**

Usage d'une méthode alimentaire

Une seule participante a reconnu une méthode alimentaire qui lui a permis de ne pas fumer pendant six années. Cette méthode consistait à boire de l'eau et à manger des amandes lorsque se présentait une envie de fumer ou une situation de stress. Mme. MARAN : « *J'ai pu arrêter pendant six ans* ».

➤ **Stratégie d'hygiène de vie**

Usage d'une méthode d'hygiène de vie

La même participante a reconnu à une autre méthode, axée sur l'hygiène de vie qui comprenait : pratique du sport, meilleure alimentation, notamment en supprimant les boîtes de conserve.

➤ **Stratégie d'apaisement auprès de chats au quotidien**

Les bienfaits apportés par des félins

Un seul participant, M. VERMI, a développé une stratégie d'apaisement auprès de ses chats. Il explique avoir découvert que la présence de ses chats, le fait de les caresser, l'apaisait « *quand ils ronronnent j'ai l'impression de ronronner aussi* ». La présence de ses chats l'apaise tout comme la cigarette qui l'apaisait. « *J'aime le contact avec les chats c'est apaisant* ».

La « ronronthérapie », je trouve que le terme est approprié pour définir cette situation. Cette appellation peut faire sourire mais elle est véritablement prise au sérieux dans le milieu scientifique et médical. Cette thérapie douce basée sur les bienfaits des ronronnements des chats est utilisée dans le traitement du stress ou de l'anxiété (« Ronronthérapie », 2017).

Aujourd'hui, quel est votre rapport avec la cigarette ?

M. LALMI : « je suis **indifférent, écœuré** je me dis que j'aurais dû arrêter plus tôt ». Ce participant est serein vis-à-vis de son sevrage tabagique.

M. VERMI explique : « **C'est toute une cage qui a disparu** ». Il met en avant la sensation d'être emprisonné par sa dépendance au tabac en utilisant un vocabulaire carcéral. « *L'odeur est écœurante j'ai de la peine pour ceux qui fument. Aujourd'hui j'y pense sereinement* ». Ce participant a repris le plein pouvoir de sa décision. Son addiction au tabac a disparu car il a trouvé les stratégies adaptées.

Plusieurs Verbatims attirent particulièrement notre attention. Comme ceux de M. LALMI : « **J'ai plus de pêche** », et de M. VERMI : « **J'ai plus de temps pour moi** ». Ce sont des éléments que je qualifierais de paradoxales car beaucoup précisaient dans leur raison de fumer que la cigarette rythmait leur journée, occupait le temps, pour pallier par son effet stimulant les effets sédatifs des traitements. M. VERMI : « Sans tabac, je me sens revivre ». Ce Verbatim est particulièrement intéressant. M. VERMI expliquait lors de l'entretien qu'il était resté pendant plusieurs années allongé dans son lit de longues heures à regarder le plafond parce que la maladie l'empêchait de faire quoi que ce soit. « *Un jour, je me suis dit bouge-toi !* ». En reprenant le pouvoir d'agir et aujourd'hui le contrôler, ce patient se sent revivre, c'est une renaissance. Il poursuit en expliquant « **j'ai récupéré des contacts** ». Ce verbatim est particulièrement intéressant car la majorité des participants mettent en avant la contenance qui aide à la socialisation « *pour être avec les fumeurs* ».

Tableau 9 : Synthèse des stratégies de maintien du sevrage tabagique mis en place par les patients présentant une schizophrénie.

Sujets Thèmes	S1	S2	S3	S4	S5
Stratégie d'accompagnement avec un spécialiste en tabacologie	X	X	X	X	X
Stratégie médicamenteuse sous différentes formes	X	X	X	X	X
Stratégie de partenariat	X	X	X	X	X
Stratégie alimentaire, hygiène de vie	X		X		
Stratégie environnementale		X			
Stratégie « De mouvement » changé de pièces	X			X	
Stratégie d'apaisement avec des chats « ronronthérapies »		X			

Notre question de recherche suivante : **quelles sont les stratégies que mettent en place les patients présentant une schizophrénie pour maintenir leur sevrage tabagique ?** Plusieurs éléments intéressants émergent. Pour les cinq participants de l'étude nous retrouvons : la stratégie d'accompagnement par une infirmière de tabacologie, la stratégie d'utilisation de substituts nicotiniques sous différentes formes, et la stratégie de partenariat.

Le concept de partenariat doit s'imposer selon nous comme le fil conducteur de cette recherche.

b. Concept de partenariat

Dans l'ouvrage *les concepts en soins infirmières* 2^{ème} Édition (2012) (Formarier & Jovic, p. 234 - 235), Fabienne Teike Luethi et Serge Gallant présentent le concept récent dans le domaine de la santé, de partenariat. Les caractéristiques qui le composent font l'objet d'un faible consensus parmi les théoriciens et les praticiens des sciences infirmières (Luethi & Gallant, 2012).

En 1984, le terme « partenariat » apparaît dans le Petit Robert comme « partenaire ». Son origine est anglo-saxonne « *partner* » signifiant personne associée dans, et donnant ainsi une dimension d'association et de construction. « Associée dans » recouvre exactement cette signification qui fait sens avec notre étude. Les patients s'associent dans la démarche de sevrage tabagique. Cela rappelle les composantes du MPHS, en co construisant, co définissant, co planifiant. L'on peut bien sûr objecter : « une stratégie d'accompagnement par une infirmière tabacologique n'est-elle pas identique ? ». Non, car dans cette stratégie d'accompagnement, le patient peut être passif et ne pas proposer de projet de soin. Alors que dans le partenariat le patient est actif.

Dans le domaine de la santé, les bases du partenariat entre personne soignée et personne soignante peuvent être retrouvés dans la déclaration d'Alma-Ata (« OMS | Déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires ») qui stipule que « tout être humain a le droit et le devoir de participer individuellement et collectivement à la planification et la mise en œuvre des soins de santé qui lui sont destinés ».

Suzanne Kérouac, professeure émérite et ex-doyenne de la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal (Québec, Canada) (« Hommage à Suzanne Kérouac, une femme et une infirmière d'exception | SIDIIEF | Le réseau mondial de la profession infirmière », 2019) nomme les prémisses d'une relation partenariale comme apparaissant dans le paradigme de l'intégration (1950-1975). Ainsi, l'infirmière est une « experte conseil » qui

aide la personne à choisir les comportements de santé les mieux adaptés à un fonctionnement personnel et interpersonnel plus harmonieux ».

Également, nous citerons le cadre juridique dans lequel s'inscrit le partenariat patient-soignant : « de façon générale, il faut citer la Loi du 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Elle considère le malade, et plus généralement l'utilisateur, comme **un partenaire à part entière** du système de santé et souligne son droit à l'information. De ce fait, l'accueil est un moment particulier de ce droit puisqu'il en est un préambule empreint du stress évoqué ci-dessus » (Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé).

Définition du concept de partenariat en sciences infirmières : « l'association d'une personne, de ses proches, des infirmières, qui reconnaissent leurs expertises et leurs ressources réciproques dans la prise de décision par consensus visant la réalisation du projet de vie de la personne. Le partenariat s'actualise par l'appropriation de compétences nécessaires menant à l'autodétermination de chacun ». Cette définition prend sens avec la démarche de soins du MPHS qui comprend le dialogue en partenariat basé sur des savoirs scientifiques et expérientiels reconnus et complémentaires.

Les attributs du concept

L'analyse de quatre articles a permis à M.L Hook de faire émerger huit attributs (Hook, 2006).

Nous vous présentons ses attributs au regard de la démarche de soins du **MPHS** :

- Le partage du processus de décision ou « **co-validation** » ;
- La relation ou « **valeurs humanistes, dialogue** » ;
- Les compétences professionnelles ou « **Savoirs scientifiques ou expérientiels** » ;
- Le partage de connaissance ou « **co-analyse, co-interprétation, co-définition** » ;
- L'autonomie du patient ou « **aspirations du patient, priorités du patient au cœur du projet de vie du patient** » ;
- La communication ou « **dialogue, réflexivité** » ;

- La participation du patient ou « **co-responsabilité, co-évaluation** » ;
- Le partage du pouvoir avec le patient ou « **co-analyse** ».

Hook identifie les attributs spécifiques du partenariat comme étant : l'autonomie (du patient), le partage du processus de décision, le partage du pouvoir et la relation (Hook, 2006).

Ces quatre attributs sont privilégiés dans cette étude. Les patients présentant une schizophrénie et l'infirmière **partagent un processus de décision, de pouvoir** instaurent dans une **relation** égalitaire garantissant au patient son **autonomie**.

Les concepts voisins

Deux concepts voisins prennent sens : l'accompagnement et la négociation.

Définition succincte de ces deux concepts

Le concept d'accompagnement

Chappaz en 1998, parle d'une démarche d'accompagnement qui suppose une analyse du réel instaurant à la fois la personne accompagnée dans son histoire, et dans son environnement. L'enjeu étant d'« agir sur le monde environnant avec efficacité, efficience et pertinence » (Paul, 2009).

Le concept de négociation

Ce concept renvoie à une liaison bilatérale. Négocier renvoie à discuter qui renvoie à négocier. Négocier suppose que l'on discute et discuter est une des composantes de l'art de négociation. Le champ sémantique de ce concept nous montre que discuter est central et couvre tout un ensemble de modalités, dont la négociation (Goguelin, 2005).

c. Quels sont les bénéfices de l'arrêt du tabac ?

➤ Le sevrage vécu comme une sensation de liberté

Trois participants emploient l'expression « **se sentir libres** ». Un terme fort car la liberté c'est l'absence de contraintes. Ce sentiment ressenti est généré par le fait qu'ils sont libres de leurs actes « *j'ai décidé d'arrêter de fumer* ». Quatre participants rapportent également « **être fier** ». Fier d'eux-mêmes, un sentiment important et nécessaire pour toute personne. Ces deux expressions présentent, l'aspect personnel et le concept d'identité intégrité satisfaisante prend place. « **Je me sentais bien** ».

Epstein et Sharma en 1998 ont défini l'évaluation orientée sur les ressources du patient comme étant : « la mesure des forces, compétences et caractéristiques émotionnelles et comportementales créant un sentiment d'accomplissement personnel et contribuant à des relations épanouissantes avec des membres de la famille ou des pairs » (Bellier-Teichmann, Fusi, & Pomini, 2017). Pour ces auteurs, les ressources augmentent la capacité à réagir dans une situation de stress ou à l'adversité. Favorisant ainsi le développement social et personnel par une redéfinition de son identité. Celle-ci étant fortement atteinte par la maladie.

Ceci nous semble intéressant car l'on peut en déduire beaucoup de considérations sur les capacités des patients. Ils gardent une certaine conscience de leurs troubles, bien qu'ils soient associés à une perte progressive d'autonomie (Grivois, 1998, p.33). Rappelons que la schizophrénie est une maladie psychique qui provoque un manque de discernement de la réalité et cause par intermittence délires, hallucinations, propos incohérents.

Pour compléter ces éléments décrivant le rétablissement, nous citerons la définition de la santé par l'Organisation Mondiale de la Santé « un état de complet bien-être physique, mentale et sociale et plus particulièrement l'absence de pathologie ou infirmité » (Futura).

➤ Fierté ressentie

M. SEFNO : « *ce que m'a appris cette expérience c'est que lorsqu'on a un objectif et qu'on veut le réaliser, cela prend du temps, du courage, de la patience. Et qu'il faut essayer plusieurs fois et qu'il ne faut pas lâcher malgré tout ce qui peut se passer dans la vie, dans*

le quotidien. Ça rend fier, je suis fier de moi. On est content en fait (...) arrêter le tabac c'était dur (...) c'est le combat d'une vie ». Le sevrage tabagique a permis aux cinq patients de cette étude de ressentir de la fierté envers eux, eux qui ont une incapacité à ressentir des émotions positives. Ce sentiment ressenti permet de se valoriser, de prendre conscience qu'on est capable. Il rassure, apporte de la sérénité.

➤ **Sentiment de liberté, de reprise du pouvoir**

M. SEFNO : « *je me sens libre de mon choix, libre de faire ce que je veux* ». Ce ressenti à un impact considérable sur le plan psychologique des patients. Il leur donne de l'espoir sur l'avenir.

d. Qu'avez-vous pensé de votre prise en charge ? Avec du recul auriez-vous souhaité que l'on vous propose d'autres alternatives ?

Les cinq participants de l'étude ont tous apprécié leur prise en charge tabacologique associée à des substituts nicotiniques proposés. C'est également, ce qu'affirme l'INPES dans « la prise en charge du patient fumeur en pratique quotidienne ». Il explique en effet que deux stratégies ont démontré leur efficacité : le traitement pharmacologique et le soutien psychologique. Les taux d'abstinence seraient supérieurs quand les deux approches sont associées (« INPES - Tabac »).

Un seul patient a suggéré qu'il serait intéressant de faire une thérapie en parallèle de cet accompagnement au sevrage tabagique.

VI. Concepts centraux de l'étude de recherche

Les concepts centraux rencontrés au décours de notre présente étude de recherche sont en lien avec le MPHS. C'est bien **l'environnement, la personne, le soin, la santé** qui la président. Par notre étude nous voulons mettre en évidence l'intérêt d'une relation égalitaire

entre le patient et l'infirmière dans la prise en soin. L'infirmière par ses attitudes disponibles, présentes, ouverte et attentive, par son comportement, sa posture d'écoute, son silence réceptif. Elle interagit, répond, sollicite, dynamise un questionnement autour d'un seul objectif : le projet de vie du patient. Elle l'accompagne en partenariat et favorise l'expression des aspirations du patient et de ses priorités. Elle mobilise les ressources des partenaires qui contribuent à la réalisation du projet de vie du patient. L'infirmière travaille dans un souci constant de qualité des soins et de sécurité du patient. Considérer, écouter, respecter les souhaits du patient, pour co-construire avec elle la démarche de soin, apporte un sentiment de confiance aux patients. De ce partenariat, de cette coopération, les patients tirent une grande fierté. Et plus encore, cette fierté constitue en soi un apport à la thérapie de leur schizophrénie.

Le concept **Identité intégrité satisfaite est représenté** par le verbatim « *Je suis fier de moi* ». Il est un concept fort particulier pour ces patients qui verbalisent avoir perdu leur identité, leur intégrité, le jour où la maladie s'est manifestée. La réussite d'un sevrage tabagique favorise la reprise du plein pouvoir de leur vie, permet de redéfinir son identité et nourrir l'espoir du mieux-être. Cette donnée d'identité intégrité satisfaite est fondamentale à l'équilibre psychique : se sentir compétent et être reconnu par autrui. D'autant que ce concept occupe une place importante dans un monde qui valorise la réussite sociale.

CHAPITRE VII : Discussion

Dans cette partie, j'exposerai dans un premier temps, les limites inhérentes à la méthodologie retenue, puis je présenterai la description des résultats. J'exposerai les différentes stratégies de maintien du sevrage tabagique chez les personnes présentant une schizophrénie. Ensuite, je confronterai ces résultats à l'hypothèse formulée et enfin, je m'essayerai à examiner le lien causal entre les variables.

I. Les limites de l'étude

Le nombre de sujet inclus est une limite certaine de notre étude, tant la population interrogée représente un petit effectif. Les résultats dessinent toutefois une première description des stratégies mises en place pour maintenir un sevrage tabagique au sein d'une population de sujets présentant une schizophrénie suivie à l'EPS de Ville Evrard. L'étude a été unilatérale et uni-centrique. Les cinq participants vivent dans la société actuelle.

Cette étude fut enrichissante et appréciée par les patients dont l'objet principal était de comprendre et de décrire leurs stratégies mises en place pour maintenir un sevrage tabagique. L'intérêt pour nous de cette appréhension ciblée, est d'améliorer la prise en charge du sevrage tabagique pour les patients psychiatriques. Les réactions à la proposition de participation à l'étude furent les suivantes. M. LALMI a spontanément répondu : « *Si mon expérience peut apporter alors oui je suis volontaire* », M. VERMI : « *je veux aider les autres patients grâce à mon expérience oui c'est avec plaisir que j'accepte* », Mme MARAN : « *je veux apporter ma pierre à l'édifice !* ».

II. Mesures prévues pour réduire et éviter les biais

Je souhaitais initialement que les patients inclus dans l'étude ne soient pas des patients connus de l'investigatrice que j'étais. Seulement, j'ai mené un entretien test que je n'ai pas conservé, puis seulement quatre entretiens. Ayant, peu de participants, nous avons fait le choix d'intégrer un patient que j'ai suivi il y a plus de deux ans maintenant.

Je me suis présentée comme chercheur, ne souhaitant influencer les discours. Également, pour « m'empêcher » de faire des liens avec la thématique addictive qui est mon domaine d'expertise. Je voulais avoir une position neutre pour me concentrer sur mon entretien.

III. DISCUSSION

Cette étude a permis de comprendre et décrire les stratégies mises en place par les patients présentant une schizophrénie pour maintenir leur sevrage tabagique. Chacun d'entre eux à exprimé avec beaucoup de sincérité ce sevrage difficile. À l'instar de M. SEFNO : « *arrêter de fumer c'est le combat d'une vie !* ».

Synthèse des résultats

Notre préconception s'interrogeait sur **les capacités des participants à identifier des facteurs spécifiques qui expliquent selon eux pourquoi ils ont réussi à maintenir leur abstinence au tabac**. Parmi ces facteurs spécifiques, nous pensions que les patients allaient verbaliser que l'accompagnement de l'infirmier(e) en tabacologie a été un facteur aidant pour maintenir un sevrage tabagique. Cette étude de recherche nous permet de constater que ces facteurs spécifiques sont liés à des capacités développées par le patient. Les patients présentant une schizophrénie de notre étude ont développé trois types de capacités : sociales, participatives, mettant en place une potentialité à modifier des comportements rituels. Également, nous avons pu observer que pour les cinq participants, l'accompagnement d'une infirmière en tabacologie avait été particulièrement soutenant. Ceci répond à la préconception spécifique formulée : « **les patients vont verbaliser que l'accompagnement de l'infirmière en tabacologie a été un facteur aidant pour maintenir un sevrage tabagique** ». La fonction contenance, encadrant et la régularité des consultations individuelles ont permis aux patients d'avancer sereinement et durablement dans l'aventure du sevrage tabagique. « *C'était comme une béquille* », « *un coach* », ainsi l'alliance thérapeutique est-il objet de transfert qui aide les patients présentant une schizophrénie à ne pas rechuter ?

L'accompagnement par une infirmière de tabacologie a permis une interrelation entre l'infirmière et le patient. Une relation de partenaire qui a permis de co construire le soin grâce à l'écoute des désirs et besoins du patient, de s'inscrire dans un environnement, de considérer le patient comme une personne constituée de caractéristiques identitaires qui influence la santé définit par le patient. Ceci permettant une identité, intégrité satisfaite ressentie du patient.

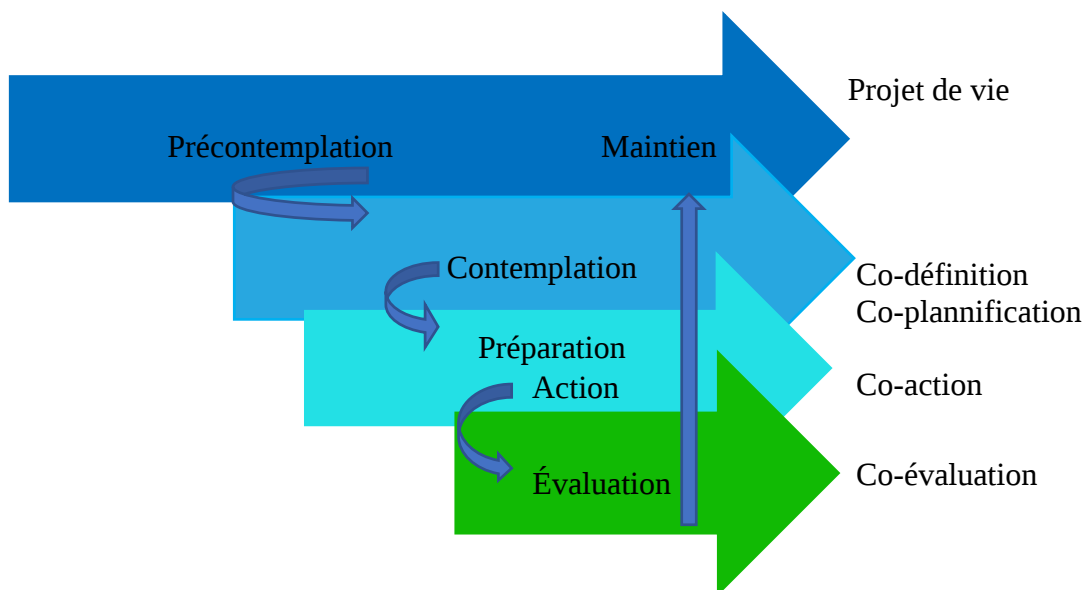


Figure 5 : Modèle du Partenariat Humaniste en Santé au regard du cycle de Prochaska et Di Clemente.

Également l'usage de traitement de substitution nicotinique sous différentes formes apporte un complément pertinent pour répondre à une dépendance physique et permet du confort et plus de sérénité dans le sevrage. Parce qu'il répond à une dépendance physique très important pour cette population comme nous l'avons déjà évoqué.

Nous avons observé pour ces cinq participants que le concept de partenariat est omniprésent. La dimension d'association et de construction est au cœur de cette prise en charge spécifique. La pleine conscience de leur demande leur a permis de prendre le pouvoir et des initiatives dans leur démarche. Au départ, nous avons fait le choix, au regard du thème choisi, d'aborder le concept de *coping*. Les participants font en effet preuve d'adaptation

par rapport à leur maladie dans leur quotidien. Mais au regard de la démarche et la mise en place de stratégies lors d'un sevrage tabagique le concept de partenariat semble plus adapté. Rappelons que plus de 70 % des patients présentant une schizophrénie rechutent leur sevrage tabagique à six mois. Quatre participants de l'étude ont dépassé cette période pendant laquelle visiblement les déficits cognitifs contribuent à la rechute. Leurs stratégies et leurs *partenariats* leur ont permis une abstinence au long cours.

Discussion des résultats et analyse au regard du cadre théorique

Notre étude confirme les écrits de la littérature scientifique spécifiant que les patients présentant une schizophrénie étaient tout à fait aptes comme dans la population générale à un sevrage tabagique. L'étude comporte certes une faible représentation ce qui reflète les difficultés des patients présentant une schizophrénie à arrêter durablement le tabac. Je pense à l'aune de cette étude, que la stigmatisation, et les représentations autour de la place de la cigarette en psychiatrie ont un impact négatif sur une éventuelle proposition de sevrage tabagique par l'équipe hospitalière. Les docteurs Kanit, Dervaux et Laqueille signalent du reste que les patients atteints de psychose sont des sujets trop souvent négligés concernant le tabagisme (Allilaire Jean-François et al., 2009).

Plusieurs études menées sur l'arrêt du tabac n'ont pas retrouvé d'aggravation de la symptomatologie psychotique (Allilaire Jean-François et al., 2009). Tout comme les cinq patients de notre étude. Aucun n'a signalé de décompensation ou d'aggravation de sa maladie psychiatrique.

Lors des entretiens, les cinq participants ont évoqué comme raison de fumer : le stress, l'angoisse liée à des soucis, un mal-être. Le sevrage « amorcé » depuis plus de six mois minimums et de quatre ans pour M. SEFNO a permis aux patients de se sentir mieux, moins stressés, moins angoissés. Grâce au sevrage, ils ont développé des capacités leur permettant de mieux vivre avec leurs maladies chroniques.

Cohérence des résultats

DURABILITÉ BIOLOGIQUE	FACTEURS PERSONNELS ET PSYCHOLOGIQUES	STRESS ENVIRONNEMENTAUX
- Facteurs génétiques -Dysfonction neuro- développementale - Déficit neuropsychologique	- Niveau de fonctionnement très morbide - Compétences sociales - Capacité adaptative	- Stress sociaux - Urbanicité - Migration - Drogue (cannabis, hallucinogènes)

Figure 6 : Vulnérabilité – Compétence – Stress

Ces différents facteurs sont en constante interaction. Le modèle ci-dessus montre que la vulnérabilité biologique pourrait être exacerbée par le stress expliquant l'apparition de symptômes de la maladie.

Les interventions thérapeutiques cherchent à moduler ces différents facteurs, notamment en améliorant le soutien social, familial, la capacité sociale et les capacités à être adaptative en prévenant la consommation de drogues (Favrod et al., 2015, p.6).

Les personnes présentant une schizophrénie désirent aussi avoir un espace personnel, des contacts sociaux et exercer des rôles gratifiants (Favrod et al., 2015, p.6).

Les projets qui existaient avant de tomber malade sont remis en question par la maladie. Elle empêche l'achèvement de la formation professionnelle, conduit à la perte de l'emploi, remet en question une relation de couple. Le but ultime de nos interventions est justement de permettre aux patients d'accomplir leur vie et de poursuivre leur croissance malgré la maladie.

Cette recherche d'un nouveau sens à la vie peut conduire la personne par exemple, à découvrir ce qui est précieux et enrichissant (Favrod et al., 2015, p.9).

a. Recommandations

Pour améliorer la pratique clinique, il serait intéressant que les infirmières de tabacologie travaillent le MPHS associé au concept de partenariat. Dans le cadre de la formation continue, il serait innovant d'intégrer la présence d'un patient expert lors des formations en addictologie proposé aux soignants de l'établissement de Ville Evrard. Les ressources du patient améliorent la capacité de réaction efficace face au stress ou à l'adversité. Elles favorisent ainsi le développement personnel et social. Les patients et les professionnels doivent sortir de l'auto-stigmatisation. Il est nécessaire de faire évoluer les croyances et de mener une lutte contre l'infantilisation des usagers qui est une atteinte à leur humanité. Dans cette perspective le savoir est essentiel et permet de poursuivre la recherche en soin pour la discipline.

b. Une préconception de recherche confirmée

Les patients ont clairement exprimé que l'accompagnement de l'infirmière en tabacologie a été un facteur aidant pour maintenir un sevrage tabagique. Le respect de l'utilisateur passe par la reconnaissance de son savoir. Celui des professionnels n'a d'utilité que s'il se met au service du savoir expérientiel et subjectif de la personne. Seul celui-ci peut dire s'il souffre de son addiction, et peut choisir la voie d'un éventuel « changement ». Il ne peut y avoir de soins contre le gré de la personne ni d'assimilation de l'addiction à une maladie.

Synthèse de l'étude

Le principal facteur de vulnérabilité à l'addiction est l'exposition au stress, ce qui permet de comprendre la force de « solution » que peut avoir une addiction dans le parcours de vie de personnes en souffrance. L'accompagnement co-construit associé à des traitements de substitution nicotinique est essentiel dans la trajectoire de soins. L'addictologie humaniste et sociale pour se construire doit comporter trois capacités professionnelles : valoriser, partager et la coopérer.

CHAPITRE VI : Conclusion

L'objectif principal de notre recherche a pour but d'identifier les stratégies mises en place par les patients présentant une schizophrénie à maintenir leur sevrage tabagique au-delà de six mois.

Cette recherche infirmière de type qualitative nous permet d'affirmer que les patients présentant une schizophrénie sont capables de maintenir un sevrage tabagique grâce à des stratégies mises en place par eux-mêmes. L'accompagnement par un professionnel de tabacologie semble indispensable, ceci en association à des substituts nicotiniques.

Les résultats confirment la préconception de recherche. En effet, le rôle de l'infirmière de tabacologie a une place importante pour conduire le patient vers la réussite de ses objectifs de sevrage.

Ces résultats confirment l'importance d'envisager l'accompagnement des patients dans un sevrage tabagique à long terme. Un accompagnement adapté au regard de cette population permettant au patient d'être partenaire de son projet de vie. La consommation de tabac est un phénomène complexe, en raison des nombreux aspects soulevés et de la pluralité des approches scientifiques. Les addictions et les troubles mentaux ont, en effet, tellement d'interactions que la psychiatrie et les spécialistes de l'addictologie doivent travailler conjointement. Ce qui implique de rassembler dans un même lieu des compétences psychiatriques et addictologiques. L'arrêt du tabac permet de réduire la surmortalité liée à la consommation de tabac.

Les patients souffrant de troubles psychiatriques et très stigmatisés nécessitent une prise en charge de leur tabagisme identique à la population générale. Cela permettra d'augmenter leur espérance de vie. Mais ce qui a été mis en évidence correspond à la spécificité de la prise en charge en addictologie. Il faut répéter régulièrement et maintenir les actions sur le long terme, ne pas arrêter la prise en charge individuelle et les actions de santé publique pour cette population vulnérable. La HAS est engagée et mobilise des actions depuis le plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives 2013-2017. Elle poursuit ce travail avec le programme pluriannuel, Psychiatrie et santé mentale 2018-2023 concernant les troubles mentaux sévères et persistants ainsi que le handicap psychique (« La

HAS dévoile son plan psychiatrie et santé mentale 2018-2023 »). Je me réjouis de ce programme qui va porter nos actions et ainsi améliorer la prise en charge des patients dans la réduction des risques et des dommages liés aux addictions dans les établissements sociaux, médico-sociaux, d'évaluation cognitive et soins de réhabilitation psychosociale.

Ce travail est le fruit de deux années de cheminement sur le champ de la clinique infirmière. Le rôle infirmier en addictologie met en lumière un aspect du soin, au regard d'une relation instaurée, un partenariat thérapeutique.

Nous terminons sur une phrase qui nous parle et nous touche beaucoup. Kharoll-Ann Souffrant, jeune femme professionnellement brillante, vit avec un trouble bipolaire depuis son enfance, une femme combattante. (In TEDx Talks sur le rétablissement en santé mentale) :

« La maladie mentale est un cadeau mal emballé »

Perspectives

Ma première intention de recherche a été de vouloir mener une étude quantitative et qualitative. Au regard des données de la littérature et par le constat que je fais en tant que professionnelle de santé publique, je souhaitais m'intéresser aux rechutes tabagiques des patients présentant une schizophrénie. Mon objectif principal était de comprendre ce qu'il se passe à six mois : Pourquoi plus de 70 % des patients rechutent ? Comment peut-on dépasser ce stade de la rechute et amener ces patients souffrant d'une schizophrénie vers un sevrage complet ?

Mon objectif secondaire était de comparer ce phénomène de rechute tabagique chez les patients schizophrènes avec une revue de la littérature sur les études faites autour de la rechute tabagique des patients ne relevant pas de la santé mentale. Y a-t-il des choses communes ou au contraire différentes dans ces deux démarches de sevrage tabagiques ?

Pour mener ce travail de recherche, je me suis rapprochée de l'Unité de Recherche de mon établissement afin de me guider et me conseiller dans cette démarche. J'ai commencé cette dernière en septembre 2018. Après plusieurs mois de travail, j'ai été contrainte d'abandonner cette idée ambitieuse par faute de temps. J'avais constitué un dossier *Case Report Form* (CRF) et un protocole de recherche. Le premier problème concernait l'attente au minimum de trois mois avant d'obtenir les accords pour commencer ma recherche. Une autre difficulté s'est présentée à propos de la Loi Jardé qui, étant modifiée, risquait de complexifier nos démarches. Dernière difficulté à laquelle je me suis heurté : je n'ai pu recruter une cohorte de patient suffisante pour pouvoir prétendre à une étude quantitative. En effet, notre thématique est très précise et la population cible (patients peu motivés à arrêter de fumer), n'est pas légion. Je me suis donc dirigée vers une étude qualitative. Néanmoins, je garde ce projet en mémoire ainsi que les documents déjà rédigés pour mener cette étude ultérieurement.

Le temps imparti pour réaliser cette étude étant court, je poursuivrai ma recherche grâce aux résultats préliminaires du master. Cette étude pilote, m'incite à mener une étude sur trois ans pour approfondir cette thématique qui m'intéresse particulièrement.

Cette étude s'inscrit dans la perspective de la lutte contre le tabagisme, chez une population particulièrement vulnérable, qui est prévue de s'intensifier à l'échelle nationale.

Bibliographie

- Addington, J., el-Guebaly, N., Campbell, W., Hodgins, D. C., & Addington, D. (1998). Smoking Cessation Treatment for Patients With Schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*. <https://doi.org/10.1176/ajp.155.7.974>
- Allilaire Jean-François, De Beaupaire Renaud, Jeammet Philippe, Poirier Marie-France, Reynaud Michel, & Venisse Jean-Luc. (2009). Arrêt du tabac chez les patients atteints d'affections psychiatriques.
- Beck, F., Wilquin, J.-L., Guilbert, P., Peretti-Watel, P., Legleye, S., Lakhdar, C. B., & Gautier, A. (2006). Le tabagisme aujourd'hui en France : Quelques données de cadrage. *Psychotropes*, Vol. 12(1), 9- 24.
- Beck François, Richard Jean-Baptiste, Guignard Romain, Le Nézet Olivier, & Spilka Stanislas. Les niveaux d'usage des drogues en France en 2014 - Tendances 99 - mars 2015 - OFDT. Consulté 18 février 2019, à l'adresse <https://www.ofdt.fr/publications/collections/periodiques/lettre-tendances/les-niveaux-dusage-des-drogues-en-france-en-2014-tendances-99-mars-2015/>
- Bellier-Teichmann, T., Fusi, M., & Pomini, V. (2017). Évaluer les ressources des patients : Une approche centrée sur le rétablissement. *Pratiques Psychologiques*, 23(1), 41- 59. <https://doi.org/10.1016/j.prps.2016.03.004>
- Bioy, A., Sainte-Marie, T., & Delfraissy, J.-F. (2003). Les ECIMUD et leur rôle dans le champ de la réduction des risques en toxicomanie. *Psychotropes*, Vol. 9(2), 31- 43.
- Boggs, D. L., Surti, T. S., Esterlis, I., Pittman, B., Cosgrove, K., Sewell, R. A., ... D'Souza, D. C. (2018). Minimal effects of prolonged smoking abstinence or resumption on cognitive performance challenge the “self-medication” hypothesis in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 194, 62- 69. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2017.03.047>
- Bourgeois, M.-L. (2017). Chapitre II - La schizophrénie aujourd'hui. *Que sais-je?*, 37- 64.
- Bouvet, C. (2007). Tabagisme et psychiatrie. *L'information psychiatrique*, Volume 83(1), 41- 47.

- Boyer Sylvain, Gaffet Alain, & Denis Christine. (1997). ANTHROPOLOGIE DU TABAC - Textes réunis par Sylvain Bouyer et Alain Gaffet, avec la collaboration de Christine Denis - - livre, ebook, epub. Consulté 20 février 2019, à l'adresse <http://www.editions-harmattan.fr/index.asp?navig=catalogue&obj=livre&no=13770&razSqlClone=1>
- Breton, N., Aubreton, C., Dalmay, F., Bouysse, A.-M., Blanchard, M., & Nubukpo, P. (2010). Stigmatisation de la schizophrénie : Enquête auprès de quarante patients schizophrènes stabilisés. *L'information psychiatrique*, Volume 86(9), 785- 793.
- Brown, S., Inskip, H., & Barraclough, B. (2000). Causes of the excess mortality of schizophrenia. *The British Journal of Psychiatry*, 177(3), 212- 217. <https://doi.org/10.1192/bjp.177.3.212>
- CNRTL. ACATHISIE : Définition de ACATHISIE. Consulté 22 mai 2019, à l'adresse <https://www.cnrtl.fr/definition/acathisie>
- CNRTL. STRATÉGIE : Définition de STRATÉGIE. Consulté 15 mai 2019, à l'adresse <https://www.cnrtl.fr/definition/strat%C3%A9gie>
- Cock, O. D. *LE PATIENT TOXICOMANE, LE PRODUIT ET L'ENVIRONNEMENT*. 13.
- Crocq, M.-A. (2012). 1. La schizophrénie – histoire du concept et évolution de la nosographie. Consulté à l'adresse <https://www.cairn.info/pathologies-schizophreniques--9782257226105-page-5.htm?contenu=resume>
- Csillik, A. S., & Petot, J.-M. (2012). L'évaluation des stades de changement dans les addictions. *L'Évolution Psychiatrique*, 77(3), 331- 341. <https://doi.org/10.1016/j.evopsy.2012.02.002>
- De Leon, J., & Diaz, F. J. (2005). A meta-analysis of worldwide studies demonstrates an association between schizophrenia and tobacco smoking behaviors. *Schizophrenia Research*, 76(2- 3), 135- 157. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2005.02.010>
- Delaunay Michèle. (2017, mars). L'appel des professionnels de santé contre le tabac. Consulté 17 mars 2019, à l'adresse <https://www.edimark.fr/courrier-addictions/appele-professionnels-sante-contre-tabac>

- Dervaux, A., & Laqueille, X. (2007). Tabac et schizophrénie : Aspects thérapeutiques. *L'Encéphale*, 33(4, Part 1), 629- 632. [https://doi.org/10.1016/S0013-7006\(07\)92064-3](https://doi.org/10.1016/S0013-7006(07)92064-3)
- Dervaux, A., & Laqueille, X. (2008). Tabac et schizophrénie : Aspects épidémiologiques et cliniques. *L'Encéphale*, 34(3), 299- 305. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2007.04.003>
- Dervaux, A., & Laqueille X. (2015). Schizophrénie et tabac : ne plus rester passif. 14- 15.
- DGOS. (2019, mars 17). Les équipes de liaison et de soins en addictologie - ELSA. Consulté 17 mars 2019, à l'adresse Ministère des Solidarités et de la Santé website: <https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/addictions/article/les-equipes-de-liaison-et-de-soins-en-addictologie-elsa>
- Electrique, T. C. (2019, mars 7). Prix Cigarettes en 2019 | Prix paquet cigarette France dès Mars 2019. Consulté 4 juin 2019, à l'adresse Tubeuse Cigarette Electrique website: <https://www.tubeuse-cigarette-electrique.fr/prix-des-cigarettes/>
- Etter Jean-François. (1998, mars 8). Brochure « j'ai recommencé à fumer ». Consulté à l'adresse <http://www.stoptabac.ch/fr/brochure/relaps.html>
- Etter, J.-F. comment sortir de l'idéologie ? 24.
- Favrod, J., Maire, A., Rexhaj, S., & Nguyen, A. (2015). Se rétablir de la schizophrénie: Guide pratique pour les professionnels. Consulté à l'adresse <http://proxy.uqtr.ca/login.cgi?action=login&u=uqtr&db=ebsco&ezurl=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&scope=site&db=nlebk&AN=1151712>
- Ferres, F. (2014, mai 10). Définition de l'addiction selon Aviel Goodman. Consulté 27 mars 2019, à l'adresse Psychothérapie à Paris website: <http://www.psychotherapieparis.fr/definition-addiction-aviel-goodman/>
- Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). Fondements et étapes du processus de recherche: Méthodes quantitatives et qualitatives.

- Futura. (2017, janvier 22). Schizophrénie : La nicotine comme possible traitement ? Consulté 13 avril 2019, à l'adresse Futura website: <https://www.futura-sciences.com/sante/actualites/maladie-schizophrenie-nicotine-comme-possible-traitement-66074/>
- Futura. Comorbidité. Consulté 16 mai 2019, à l'adresse Futura website: <https://www.futura-sciences.com/sante/definitions/medecine-comorbidite-12548/>
- Futura. OMS. Consulté 4 juin 2019, à l'adresse Futura website: <https://www.futura-sciences.com/sante/definitions/medecine-oms-4321/>
- Futura. Psychotrope. Consulté 22 mai 2019, à l'adresse Futura website: <https://www.futura-sciences.com/sante/definitions/medecine-psychotrope-15542/>
- Gartner, C., & Hall, W. (2015). Tobacco harm reduction in people with serious mental illnesses. *The Lancet Psychiatry*, 2(6), 485- 487. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(15\)00238-2](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(15)00238-2)
- George, T. P., Ziedonis, D. M., Feingold, A., Pepper, W. T., Satterburg, C. A., Winkel, J., ... Kosten, T. R. (2000). Nicotine transdermal patch and atypical antipsychotic medications for smoking cessation in schizophrenia. *The American Journal of Psychiatry*, 157(11), 1835- 1842. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.157.11.1835>
- GIL. Stratégie, une définition compliquée mais nécessaire. Consulté 16 mai 2019, à l'adresse LE CONFLIT website: <http://www.leconflit.com/article-21099585.html>
- Goguelin, P. L. G. (2005). Le concept de négociation. *Negotiations*, no 3(1), 149- 170.
- Grivois, H. (1998). La schizophrénie débutante. Consulté 31 mai 2019, à l'adresse https://www.jle.com/fr/ouvrages/e-docs/la_schizophrenie_debutante_20064/ouvrage.phtml
- Guignard, R. (2019). Journée mondiale sans tabac / World No Tobacco Day. 56.
- Hajbi, M., & Tahri, S. T. (2010). Comorbidité - schizophrénie - tabagisme : Caractéristiques épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques, Comorbidity, schizophrenia,

smoking: epidemiological, clinical and therapeutic characteristics, Comorbidez, esquizofrenia, tabaquismo : características epidemiológicas, clínicas y terapéuticas. L'information psychiatrique, me 86(2), 171 - 179. <https://doi.org/10.3917/inpsy.8602.0171>

HAS Haute Autorité de Santé. Haute Autorité de Santé - Stratégies thérapeutiques pour les personnes dépendantes des opiacés : place des traitements de substitution. Consulté 16 mai 2019, à l'adresse https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_272358/fr/strategies-therapeutiques-pour-les-personnes-dependantes-des-opiaces-place-des-traitements-de-substitution

HAS Haute Autorité de Santé. (2014). Recommandation de bonne pratique Arrêt de la consommation de tabac: du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours. 60.

Haute Autorité de Santé - Sevrage tabagique : des outils pour repérer et accompagner les patients. Consulté 22 mai 2019, à l'adresse https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1714809/fr/sevrage-tabagique-des-outils-pour-reperer-et-accompagner-les-patients

Hendershot, C. S., Witkiewitz, K., George, W. H., & Marlatt, G. A. (2011). Relapse prevention for addictive behaviors. Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy, 6, 17. <https://doi.org/10.1186/1747-597X-6-17>

Hommage à Suzanne Kérouac, une femme et une infirmière d'exception | SIDIIEF | Le réseau mondial de la profession infirmière. (2019, avril 12). Consulté 1 juillet 2019, à l'adresse SIDIIEF website: <https://www.sidiief.org/hommage-a-suzanne-kerouac-une-femme-et-une-infirmiere-dexception/>

Honneth, A. (2002). La lutte pour la reconnaissance. Paris: Ed. du Cerf.

Hook, M. L. (2006). Partnering with patients--a concept ready for action. Journal of Advanced Nursing, 56(2), 133- 143. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.03993.x>

Iglesias C, Lopez G, & Alonso M.J. (2008). Effects of smoking ban in a general hospital psychiatric unit. *Actas Esp Psiquiatr.* Consulté à l'adresse <https://www.actaspsiquiatria.es/repositorio/9/49/ENG/9-49-ENG-60-62-309454.pdf>

INPES - Tabac. Consulté 18 février 2019, à l'adresse <http://inpes.santepubliquefrance.fr/10000/themes/tabac/index.asp>

Inserm. Schizophrénie. Consulté 13 mars 2019, à l'adresse Inserm - La science pour la santé website: <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/schizophrenie>

Kennedy, W. K., Jann, M. W., & Kutscher, E. C. (2013). Clinically significant drug interactions with atypical antipsychotics. *CNS Drugs*, 27(12), 1021- 1048. <https://doi.org/10.1007/s40263-013-0114-6>

La conduite de l'aide au sevrage tabagique - EM|consulte. Consulté 19 mai 2019, à l'adresse <https://www.em-consulte.com/rmr/article/146270La> HAS dévoile son plan psychiatrie et santé mentale 2018-2023. (s. d.). Consulté 4 juillet 2019, à l'adresse Santé Mentale website: <https://www.santementale.fr/actualites/la-has-devoile-son-plan-psychiatrie-et-sante-mentale-2018-2023.html>

La dépendance au tabac / Les effets néfastes du tabac pour moi / Le tabac et moi / Accueil - tabac-info-service.fr. Consulté 22 mai 2019, à l'adresse <https://www.tabac-info-service.fr/Le-tabac-et-moi/Les-effets-nefastes-du-tabac-pour-moi/La-dependance-au-tabac>

La stigmatisation de la schizophrénie constitue un obstacle au rétablissement. (2018, octobre 10). Consulté 27 mai 2019, à l'adresse Fondation FondaMental website: <https://www.fondation-fondamental.org/node/1788>

Lamboy, B., & Saïas, T. (2013). Réduire la stigmatisation des personnes souffrant de troubles psychiques par une campagne de communication ? Une synthèse de la littérature. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 171(2), 77- 82. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2010.11.022>

Larousse, É. Définitions : Apragmatisme - Dictionnaire de français Larousse. Consulté 16 mai 2019, à l'adresse <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/apragmatisme/4803>

Larousse, É. Définitions : Isolement - Dictionnaire de français Larousse. Consulté 16 mai 2019, à l'adresse <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/isolement/44469>

Larousse, É. Définitions : Motivation - Dictionnaire de français Larousse. Consulté 1 juillet 2019, à l'adresse <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/motivation/52784>

Larousse, É. Définitions : Neuroleptique - Dictionnaire de français Larousse. Consulté 29 mai 2019, à l'adresse <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/neuroleptique/54389>

Larousse, É. Définitions : Psychoactif - Dictionnaire de français Larousse. Consulté 27 mars 2019, à l'adresse <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/psychoactif/10910008>

Larousse, É. Définitions : Psychose - Dictionnaire de français Larousse. Consulté 27 mars 2019, à l'adresse <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/psychose/64878>

Larousse, É. Définitions : Psychostimulant, psychostimulante - Dictionnaire de français Larousse. Consulté 27 mars 2019, à l'adresse https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/psychostimulant_psychostimulante/64886

Larousse, É. Définitions : Rechute - Dictionnaire de français Larousse. Consulté 27 mars 2019, à l'adresse <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/rechute/67021>

Larousse, É. Définitions : Sevrage - Dictionnaire de français Larousse. Consulté 27 mars 2019, à l'adresse <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/sevrage/72447>

Larousse, É. Définitions : Somatique - Dictionnaire de français Larousse. Consulté 27 mars 2019, à l'adresse <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/somatique/73378>

Larousse, É. Définitions : Tabagisme - Dictionnaire de français Larousse. Consulté 16 mai 2019, à l'adresse <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/tabagisme/76285>

Larousse, É. Encyclopédie Larousse en ligne - système extrapyramidal. Consulté 2 juillet 2019, à l'adresse http://www.larousse.fr/encyclopedia/medical/systeme_extrapyramidal/16431

Lasser K, Boyd J W, Woolhandler S, Himmelstein D U, McCormick D, & Bor B H. (2000, novembre 22). Smoking and mental illness: A population-based prevalence study. Consulté 24 février 2019, à l'adresse <https://read.qxmd.com/read/11086367/smoking-and-mental-illness-a-population-based-prevalence-study>

Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). Stress, appraisal, and coping. Consulté à l'adresse <http://www.dawsonera.com/depp/reader/protected/external/AbstractView/S9780826141927>

Lecocq, D., Lefebvre, H., Néron, A., Van Cutsem, C., Bustillo, A., & Laloux, M. (2017). Le modèle de partenariat humaniste en santé. Soins, 62(816), 17- 23. <https://doi.org/10.1016/j.soin.2017.05.016>

Les différents signes cliniques de la schizophrénie. Consulté 3 juin 2019, à l'adresse Ma schizophrénie website: <http://www.ma-schizophrenie.com/schizophrenie/signes-cliniques/>

Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

Ludivape. (2019, janvier 28). Les effets positifs de la nicotine (2014). Consulté 16 mai 2019, à l'adresse Ludivape website: <https://ludivape.com/les-effets-positifs-de-la-nicotine/>

Luethi, F. T., & Gallant, S. (2012). Partenariat. Consulté à l'adresse <https://www.cairn.info/concepts-en-sciences-infirmieres-2eme-edition--9782953331134-page-234.htm>

- Maestracci, N. (2005). Repères sur les principales drogues consommées. In Que sais-je ? (p. 31- 70). Consulté à l'adresse <https://www-cairn-info-s.etna.bib.uvsq.fr/les-drogues-9782130533740-page-31.htm>
- Marwaha, S., & Johnson, S. (2004). Schizophrenia and employment - a review. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39(5), 337- 349. <https://doi.org/10.1007/s00127-004-0762-4>
- Massi Bruno. (2004). Pourquoi devient'on dépendant au tabac ?
- Molimard, R. Historique du tabagisme. 11.
- Morel, A. (2018). Addictologie, valoriser le pouvoir d'agir des usagers. *La Revue de l'Infirmière*, 67(237), 19- 21. <https://doi.org/10.1016/j.revinf.2017.11.003>
- Morel A, Couteron JP, & Fouillard P. (2015, mai 20). Aide-mémoire Addictologie en 49 notions (2e édition). Consulté 24 février 2019, à l'adresse Fédération Addiction website: <https://www.federationaddiction.fr/aide-memoire-addictologie-en-49-notions-2e-edition/>
- National Collaborating Centre for Mental Health (UK). (2014). Psychosis and Schizophrenia in Adults: Treatment and Management: Updated Edition 2014. Consulté à l'adresse <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK248060/>
- Netgen. (2009). Arrêt du tabac chez les patients avec un trouble psychiatrique. Consulté 25 mars 2019, à l'adresse Revue Médicale Suisse website: <https://www.revmed.ch/RMS/2009/RMS-210/Arret-du-tabac-chez-les-patients-avec-un-trouble-psychiatrique>
- Olivier, D., Lubman, D. I., & Fraser, R. (2007). Tobacco smoking within psychiatric inpatient settings: Biopsychosocial perspective. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 41(7), 572- 580. <https://doi.org/10.1080/00048670701392809>

- OMS | Déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires. Consulté 1 juillet 2019, à l'adresse WHO website:
https://www.who.int/topics/primary_health_care/alma_ata_declaration/fr/
- Paul, M. (2009). L'accompagnement dans le champ professionnel. *Savoirs*, n° 20(2), 11- 63.
- Potvin, S., Lungu, O., Lipp, O., Lalonde, P., Zaharieva, V., Stip, E., ... Mendrek, A. (2016). Increased ventro-medial prefrontal activations in schizophrenia smokers during cigarette cravings. *Schizophrenia Research*, 173(1- 2), 30- 36.
<https://doi.org/10.1016/j.schres.2016.03.011>
- Practice, Wood, A. M., & Tarrier, N. (2010). Contents lists available at ScienceDirect Clinical Psychology Review Positive Clinical Psychology: A new vision and strategy for integrated research.
- Pronost, A.-M. (2012). Coping. Consulté à l'adresse <https://www.cairn.info/concepts-en-sciences-infirmieres-2eme-edition--9782953331134-page-127.htm>
- Reynaud, M., Morel, A., Couteron, J.-P., Fouilland, Paille, F., & Rigaud, A. (2011). *LIVRE BLANC DE L'ADDICTOLOGIE FRANCAISE*. 45.
- Reynaud M, Karila L, Aubin HJ, & Benyamina A. (2016). Traité d'addictologie. Consulté 24 février 2019, à l'adresse Librairie Lavoisier website:
<https://www.lavoisier.fr/livre/medecine/traite-d-addictologie-2-ed/reynaud/descriptif-9782257206503>
- Ronronthérapie : Le bien-être félin. (2017, janvier 9). Consulté 6 juillet 2019, à l'adresse consoGlobe website: <https://www.consoglobe.com/ronrontherapie-le-bien-et-re-felin-cg>
- Roule Marie-Joelle, & Gaillard Afsaneh. La Schizophrénie. Consulté 22 mars 2019, à l'adresse Fédération pour la Recherche sur le Cerveau (FRC) website:
<https://www.frcneurodon.org/la-schizophrenie/>
- Rüther, T., Bobes, J., De Hert, M., Svensson, T. H., Mann, K., Batra, A., ... European Psychiatric Association. (2014). EPA guidance on tobacco dependence and

strategies for smoking cessation in people with mental illness. *European Psychiatry: The Journal of the Association of European Psychiatrists*, 29(2), 65- 82.
<https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2013.11.002>

Schizophrénie : Définition, symptômes, traitements. Consulté 3 juin 2019, à l'adresse Sciences et Avenir website: https://www.sciencesetavenir.fr/sante-maladie/schizophrénie-definition-symptomes-traitements_104656

Serge Karsenty. (1956). Déterminants sociaux dans la dépendance au tabac. CNRS.

Siegel, D. (2008). Réflexion sur la stratégie. *La Revue des Sciences de Gestion*, n° 230(2), 15- 23.

Spina, E., & de Leon, J. (2007). Metabolic drug interactions with newer antipsychotics: A comparative review. *Basic & Clinical Pharmacology & Toxicology*, 100(1), 4- 22.
<https://doi.org/10.1111/j.1742-7843.2007.00017.x>

Spring, B., Pingitore, R., & McChargue, D. E. (2003). Reward value of cigarette smoking for comparably heavy smoking schizophrenic, depressed, and nonpatient smokers. *The American Journal of Psychiatry*, 160(2), 316- 322.
<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.160.2.316>

Stead LF, Lancaster T, Koilpillai P, & Fanshawe TR. (2016). Combined pharmacotherapy and behavioural interventions for smoking cessation. Consulté 24 février 2019, à l'adresse <https://www.docphin.com/research/article-detail/18389174/PubMedID-27009521/Combined-pharmacotherapy-and-behavioural-interventions-for-smoking-cessation>

Tabac et psychiatrie - Santé mentale de A à Z - Espace Presse - Psycom. Consulté 28 mai 2019, à l'adresse <http://www.psycom.org/Espace-Presse/Sante-mentale-de-A-a-Z/Tabac-et-psychiatrie>

Tavares, M., Moreira, M. I., Ferreira, P., Tavares, P., & Silva, S. (2016). L'expérience vécue : une approche phénoménologique en sciences infirmières. 13.

Taylor, G., McNeill, A., Girling, A., Farley, A., Lindson-Hawley, N., & Aveyard, P. (2014). Change in mental health after smoking cessation: Systematic review and meta-

analysis. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 348, g1151.
<https://doi.org/10.1136/bmj.g1151>

TEDx Talks. Le rétablissement en santé mentale, c'est possible! | Kharoll-Ann Souffrant | TEDxQuébec. Consulté à l'adresse
<https://www.youtube.com/watch?reload=9&v=oAFMiGsRoQk>

Thomas, P., Amad, A., & Fovet, T. (2016). Schizophrénie et addictions : Les liaisons dangereuses. *L'Encéphale*, 42(3, Supplement 1), S18- S22.
[https://doi.org/10.1016/S0013-7006\(16\)30218-4](https://doi.org/10.1016/S0013-7006(16)30218-4)

Tsoi DT, P. M., & Webster AC. (2010). Interventions for smoking cessation and reduction in individuals with schizophrenia. 74.

Willaing, I., & Ladelund, S. (2004). Smoking behavior among hospital staff still influences attitudes and counseling on smoking. *Nicotine & Tobacco Research: Official Journal of the Society for Research on Nicotine and Tobacco*, 6(2), 369- 375. <https://doi.org/10.1080/14622200410001676422>

Williams, J. M., Ziedonis, D. M., Abanyie, F., Steinberg, M. L., Foulds, J., & Benowitz, N. L. (2005). Increased nicotine and cotinine levels in smokers with schizophrenia and schizoaffective disorder is not a metabolic effect. *Schizophrenia Research*, 79(2- 3), 323- 335. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2005.04.016>

Yung, A. R., & McGorry, P. D. (1996). The prodromal phase of first-episode psychosis: Past and current conceptualizations. *Schizophrenia Bulletin*, 22(2), 353- 370.
<https://doi.org/10.1093/schbul/22.2.353>

Annexe I : Questionnaire de dépendance au tabac

Test de Fagerstrom

Test de Fagerström en six questions

1. Le matin, combien de temps après être réveillé(e), fumez-vous votre première cigarette ?
 - a. Dans les 5 minutes 3
 - b. 6 - 30 minutes 2
 - c. 31 - 60 minutes 1
 - d. Plus de 60 minutes 0
2. Trouvez-vous qu'il est difficile de vous abstenir de fumer dans les endroits où c'est interdit ? (ex. : cinémas, bibliothèques)
 - a. Oui 1
 - b. Non 0
3. À quelle cigarette renonceriez-vous le plus difficilement ?
 - a. À la première de la journée 1
 - b. À une autre 0
4. Combien de cigarettes fumez-vous par jour, en moyenne ?
 - a. 10 ou moins 0
 - b. 11 à 20 1
 - c. 21 à 30 2
 - d. 31 ou plus 3
5. Fumez-vous à intervalles plus rapprochés durant les premières heures de la matinée que durant le reste de la journée ?
 - a. Oui 1
 - b. Non 0
6. Fumez-vous lorsque vous êtes malade au point de devoir rester au lit presque toute la journée ?
 - a. Oui 1
 - b. Non 0

Interprétation selon les auteurs :

- entre 0 et 2 : pas de dépendance ;
- entre 3 et 4 : dépendance faible ;
- entre 5 et 6 : dépendance moyenne ;
- entre 7 et 10 : dépendance forte ou très forte.

Références : Heatherton *et coll.*, 1991, Fagerström 2012.

Annexe II : Guide d'entretien

Guide d'entretien

Date d'inclusion : / /

Code sujet : N° de pôle d'hospitalisation, N° inclusion, Trois premières lettres du Nom et deux premières lettres du Prénom

___ / ___ / _____

Promoteur de l'étude : EPS de Ville Evrard

Accueil du patient

Je vous remercie d'avoir accepté de me rencontrer aujourd'hui.

Comment allez-vous ?

Comme je vous l'ai précisé au téléphone, dans le cadre de mes études, je fais une recherche sur le tabac et la maladie schizophrénique. Je souhaite m'intéresser particulièrement au sevrage tabagique.

Acceptez-vous de répondre à mes questions et de partager avec moi cette expérience ?

Acceptez-vous que j'enregistre cet entretien ?

VECU PERSONNEL

1. Pouvez-vous me raconter votre histoire avec la cigarette ?

- Histoire du tabac (chronologie)
- ATCD de sevrages
- Comment vous sentiez-vous en tant que fumer ?

2. Parlez-moi de votre dernier sevrage tabagique ?

- Comment vous sentiez-vous ?
- Comment faisiez-vous quand vous aviez envie de fumer ?
- Qui a assuré votre suivi d'aide au sevrage ?

MOTIVATIONS

3. Quels éléments ont influencé votre abstinence tabagique ?

- Comment se manifeste vos motivations à l'abstinence ? Parlez-moi de cette motivation ?
- Est-ce que ces motivations sont arrivées en même temps ?
- Vous faites quoi lorsque vous avez envie de fumer une cigarette ?

STRATEGIES

4. Et aujourd'hui, quel est votre rapport avec la cigarette ?

- Vous vous dites quoi en regardant les autres fumer ?
- Avez-vous rencontré des difficultés lors de ces sevrages ?
- Comment faites-vous pour dépasser des envies soudaines ?
- Ces difficultés elles sont arrivées quand ? (Chronologie)
- Qu'est-ce l'arrêt du tabac vous a appris ?

5. Qu'avez-vous pensé de votre prise en charge ? Avec du recul auriez-vous souhaité que l'on vous propose d'autres alternatives ?

- Est-ce qu'il y a un moment particulier à retenir dans ce vécu ?
- Est-ce qu'il y a autre chose que vous voudriez me dire ?

Talon sociologique

Date de naissance : __ __ / __ __ / __ __ __ __ Age : _____

Genre : ☐ Féminin ☐ Masculin

Nationalité : _____

Statut familiale :

1. Marié(e)
2. Vie maritale
3. Célibataire
4. Divorcé(e)
5. Veuf (ve)

Nombre d'enfants : _____

Nombre de personnes vivants au foyer (y compris le participant) : _____

Type de logement : _____

Avec qui vivez-vous ? _____

Activité professionnelle : ☐ Oui ☐ Non

Si vous êtes sans emploi depuis quand ?

Fonction de la dernière activité professionnelle ? _____

Niveau d'études : _____

Sources de revenu : _____

Protection sociale : ☐ Sécurité sociale avec complémentaire
☐ Sécurité sociale sans complémentaire
☐ CMU (Couverture Maladie Universelle)
☐ ACS (Aide au paiement d'une Complémentaire Santé)

Annexes III : Entretien numéro 4

Entretien numéro 4

Date d'inclusion : **26 /02 /2019**

Code sujet : **16 / 04 / SEFNO**

Lieu : Au Centre Médico-Psychologique dont il fait partie, dans le bureau du cadre de santé.

Durée : 36 min

Éléments à préciser : Mr SEFNO est un patient que je connais depuis cinq ans. Il est une personne qui connaît très bien sa maladie psychiatrique et les particularités qui la caractérisent. Ainsi, il n'a pas été hospitalisé depuis plus de quinze années. L'entrée dans la maladie lui a enlevé la possibilité de faire des études, néanmoins Mr SEFNO est cultivé. Il est toujours rasé de près et bien habillé malgré son surpoids. Et toujours souriant, il aime beaucoup plaisanter, c'est un patient touchant. C'est toujours un plaisir de l'avoir en consultation. Cela faisait un an et demi je ne le voyais plus en consultation. Il a annulé son dernier rendez-vous et n'en a jamais repris d'autres. Lorsque je l'appelais il ne répondait pas. La psychologue qui le suivait depuis de nombreuses années à quitter le CMP ce qu'il a beaucoup déstabilisé. Pendant un an il n'est plus allé au CMP. J'ai repris contact avec lui en janvier 2019. Il a décroché, il semblait content de m'avoir au téléphone.

Lorsque je lui ai parlé de l'étude que je menais, il se souvenait que je lui avais parlé de mon projet de Master en Sciences cliniques et soins infirmiers. Il était touché que je le sollicite et content de pouvoir apporter des éléments aux autres patients en difficultés. Je lui ai donné rendez-vous au service des consultations de l'hôpital, il a accepté. Mais il n'est pas venu. Il

a appelé me disant qu'il avait fait des cauchemars toute la nuit et qu'il était déstabilisé ce matin-là. Nous avons reprogrammé un rendez-vous, il a de nouveau décommandé pour les mêmes motifs.

J'ai alors laissé passer deux semaines. Et puis je l'ai recontacté, lui proposant de moi me déplacer et de venir au CMP. Il a accepté et j'ai senti dans sa voix que c'était plus facile pour lui que de revenir à l'hôpital. L'hôpital renvoyant à l'hospitalisation, à la maladie, à la crise.

Nous nous sommes donc vus mardi matin au CMP avant un atelier. Il était présent, en avance comme il a l'habitude de l'être. En me voyant arriver, il sourit la vapoteuse à la main.

Question 1

Pour commencer, pour reposer le contexte, pourriez-vous me parler de votre histoire avec la cigarette. À quel âge avez-vous commencé à fumer ? À quelle occasion ? Avec qui ?

MR SEFNO : Euuuh, C'était à l'âge de 13 ou 14 ans.

MOI : Oui

MR SEFNO : Euuuh, j'avais j'avais essayé un petit peu avec mon père. J'avais insisté, mon père il fumait et je lui avais demandé d'essayer. Alors il me l'a tendu sa cigarette et j'avais fumé dessus. Pour essayer, j'ai tiré une taffe c'était pour essayer comme ça. Après quand j'ai vraiment commencé c'était avec un copain.

Moi : d'accord

MR SEFNO : c'était avec un copain à l'âge de... 14 ou 15 ans. On a commencé, je lui ai demandé une cigarette. Et puis, il m'a dit, qu'il ne voulait pas me donner de cigarettes parce qu'il ne voulait pas que je commence et qu'il soit responsable.

MOI : il avait le même achat que vous ?

MR SEFNO : Oooh, 1 ou 2 ans de plus.

MOI : d'accord.

MR SEFNO : Et après, alors voilà j'ai commencé à fumer comme ça, on achetait des paquets. Je demandais de l'argent à mes parents, je me souviens du prix c'était 10 Fr (*rires*).

Et et et au lieu de s'acheter des bonbons s'acheter des cigarettes.

Moi : et alors dites-moi comme vous avez eu 13 ans et que vous avez essayé pour la première fois la cigarette qu'avez-vous ressentie ? Comment c'était ?

MR SEFNO : j'ai aimé tout de suite fumer

Moi : ah oui toute suite ?

MR SEFNO : Ouais ouais, j'ai toujours eu l'impression qu'il manquait de la nicotine dans ma vie.

MOI : de la nicotine dans votre vie ? Comment ça ?

MR SEFNO : oui depuis tout petit j'ai l'impression je ne sais pas si c'est lié à ma maladie ?

MOI : Pourquoi vous dites qu'ils me manquaient ?

MR SEFNO : bah je sais que je manquais de quelque chose, peut-être parce que j'étais très angoissée. Mais, je sais ... je sais que quand j'ai commencé à fumer je me sentais beaucoup mieux. Je me sentais toujours angoissée dès que j'ai découvert la cigarette, je sentais l'angoisse diminuer. J'ai remarqué que la cigarette me permettait d'imaginer beaucoup de choses. Je voyais des images et ça me faisait rêver. Et puis, euuh et puis euuh ... je me suis senti mieux en fumant et c'est pour ça que j'ai continué à fumer.

MOI : d'accord. Vous sentiez moins angoisser ?

MR SEFNO : oui moins angoisser, moins stresser. Beaucoup moins.

MOI : c'est intéressant ce que vous dites. C'est intéressant d'avoir fait ce constat.

MOI : vous avez commencé à fumer régulièrement à quel âge ?

MR SEFNO : Euuh, ... ouais régulièrement 14 ouais plutôt 15 ans ! Ce que je me souviens c'est que j'ai augmenté progressivement le nombre de cigarettes par jour. Au début je m'achetais des paquets de 10 et je suis rapidement passée aux paquets de 20. À 16 ans j'étais

déjà aux paquets de 20. Et petit à petit j'ai augmenté. Fumer c'était vraiment compenser un manque. Quand je fumais je pensais aussi beaucoup à mon père. Quand il fumait c'était à la maison et ils fermaient toutes les fenêtres parce qu'il souffrait d'une bronchite chronique alors il ne voulait pas de courant d'aires. Et nous on était tous à la maison et en été dans cette fumée. Donc depuis tout petit je respire cette fumée.

Moi je reste persuadé que le fait d'avoir un environnement de fumeurs ça fait devenir fumeur.

Moi : il est vrai que ça peut favoriser un tabagisme.

Question 2

MOI : Euuuh vous avez essayé plusieurs fois d'arrêter de fumer

MR SEFNO : Euuh, ... *rires* ... Oui !

MOI : vous souvenez combien de fois ?

MR SEFNO : (*rires, rires, rires*) Euuuh beaucoup de fois ! Précisément donc je dirais quelquefois. *Rires, éclat de rires.*

Moi : (*rires*) ... mais vous savez que les études montrent qu'en moyenne il faut quatre tentatives de sevrage tabagique pour arriver un sevrage définitif et regardez aujourd'hui, regardez-vous vous avez arrêté de fumer il y a trois ans et deux mois !

MR SEFNO : ah baaaah (*rires*) ça doit être ça alors ça doit être la quatrième (*Rires, rires, rires*)

MOI : Euuuh, alors le dernier sevrage tabagique, pouvez-vous m'en parler de votre dernier sevrage tabagique ? Le dernier qui remonte, il y a trois ans et deux mois !!

MR SEFNO : Euuuh ouais C'était le jour de Noël. La veille on avait fait un repas avec ma famille chez mes parents, j'avais bu d'habitude je ne bois pas. Et le lendemain quand je me suis réveillée je me suis dit ; c'est terminé la cigarette. C'était le 25 décembre 2015.

MOI : Bravo ! Le 25 décembre 2015. Comment vous sentiez ce jour-là, ce jour où vous avez pris votre décision ?

Mr SEFNO : Je me sentais super bien parce que j'avais passé une super soirée de Noël en famille. J'avais très bien dormi, je n'avais pas fait de cauchemars. J'avais super bien dormi, et quand je me suis réveillée, je me sentais super bien et c'est là que j'ai pris cette décision. Je me suis dit je ne toucherai plus de cigarettes, je me mets à la cigarette électronique. Et donc après j'ai tenu avec ça.

MOI : vous êtes allés l'acheter le jour même ?

MR SEFNO : je l'avais déjà parce que parce que quand j'ai commencé à vouloir arrêter de fumer j'ai été en achetée une. Pour essayer diminuer le nombre de cigarettes je vapotais et je fumais des cigarettes en même temps. J'alternais les deux.

MOI : d'accord. Et vous avez trouvé que la vapoteuse était utile ? Vous avez apprécié ?

MR SEFNO : ah bah oui la preuve que c'était une puisque j'ai réussi !

MOI : vous avez pris un dosage de nicotine important pour mettre dans la vapoteuse ?

MR SEFNO : ah bah oui parce que je savais que j'étais dépendant à la nicotine. J'ai pris du 18 mg c'est presque le maximum.

MR SEFNO : bravo je vous félicite parce que c'était très judicieux de procéder ainsi.

MOI : vous l'aviez acheté en boutique cette vapoteuse ?

MR SEFNO : oui d'ailleurs quand j'y suis allée la boutique venait d'ouvrir et aujourd'hui je suis leurs meilleurs clients (*rires, rires, rires*)

MOI : (*Rires*) être conseillé en boutique c'était rassurant pour vous ?

MR SEFNO : ah oui complètement. Maintenant je sais exactement comment ça fonctionne donc dès qu'il y a le moindre souci je sais la réparer. J'en ai acheté une deuxième comme ça je ne peux pas me retrouver sans vapoteuse, si elle tombe en panne.

MOI : ça vous sécurise de maîtriser le fonctionnement d'une vapoteuse et d'en avoir une seconde à la maison ?

MR SEFNO : ah mais oui complètement la deuxième vapoteuse que j'ai à la maison, elle est encore dans sa boîte mais ça me rassure de la savoir là.

MOI : en fait, la vapoteuse a vraiment été le substitut idéal qui vous a permis d'arrêter la cigarette ?

MR SEFNO : j'ai j'ai, il y a un substitut qui m'a vraiment aidé arrêter la cigarette. C'est le spray nicotinique à la menthe. Avec lui j'ai arrêté un an. Mais j'ai, j'ai Pas réussi à tenir plus parce que comme j'ai pu cette gestuelle est belle me manquais quelque chose. Et à l'époque il n'y avait pas la cigarette électronique alors c'était difficile pour moi. Et quant à cigarette électronique est apparue et bien ça m'a sauvé la vie.

MOI : sauver la vie ?

MR SEFNO : bah oui parce que je pouvais vapoter et ne plus toucher à la cigarette et du coup c'est mieux pour ma santé. Mais là je sais quand même que je vais la garder à vie parce que ... parce que j'ai besoin de quelque chose. Parce que j'ai une vie compliquée quand même. Il me faut quand même un petit plaisir comme ça.

MOI : Bien sûr, je comprends.

MR SEFNO : ça m'aide à tenir le coup.

MOI : je comprends tout à fait. Avec la vapoteuse, il y a de fortes similitudes avec la cigarette. Vous gardez la gestuelle

MR SEFNO : Voilà, oui voilà

MOI : vous aspirez vous avez cette vapeur. Et en plus vous avez pris un liquide goût tabac. Et puis là vous faites plaisir en diminuant considérablement les risques pour votre santé.

MR SEFNO : c'est ça exactement je me rapproche de la cigarette mais plus sainement. Je sais que je ne peux pas songer à l'arrêter parce que je reprendrai sûrement une cigarette.

MOI : je comprends vous aviez un fort tabagisme aussi ?!

MR SEFNO : ah oui oui oui, je fumais à la fin trois paquets de cigarettes des longues des 100 S.

MOI : donc là vous avez trouvé votre équilibre comme ça ?

MR SEFNO : ah mais oui, complètement !

MOI : et quand vous voyez les autres fumer, dans la rue, ici au CMP qu'est-ce que ça vous fait ?

MR SEFNO : ah non j'ai même plus envie de sentir.

MOI : ça vous dérange ?

MR SEFNO : euhhh ... (*blanc de 4 secondes*) bah en fait, je j'évite de sentir l'odeur parce que j'ai peur de replonger là-dedans. Alors j'évite. Je tourne la tête. Pour ne pas sentir.

MOI : pour ne pas sentir ? Parce que ça reste une bonne odeur ?

MR SEFNO : oui quand même ! J'ai tellement peur de retomber là-dedans que je tourne la tête et j'essaie de me convaincre que ça ne sent pas bon !! (*Rires, rires, rires*)

MOI : et quand vous marchez dans la rue et quelqu'un devant vous qui fume, comment ça se passe la ?

MR SEFNO : ah non ah non là j'aime pas !

MOI : vous n'aimez pas ou vous essayez d'éviter pour ne pas aimer ?

MR SEFNO : un peu des deux !

MOI : vous pensez que vous pourriez reprendre la cigarette ?

MR SEFNO : ouais quand même, mais quand j'y repense, je me souviens à la période où j'avais repris une cigarette après un an sans. Elle n'était pas bonne j'avais pas du tout aimé elle m'avait fait tousser, c'était écœurant. Alors je reste là-dessus et je me dis que forcément je serais déçu puisque là en plus ça fait trois ans et deux mois. En fait, je crois qu'on est tenté parce qu'on repense au souvenir du début de l'adolescence les premiers goûts de cette cigarette. Une sorte de nostalgie d'avant. Mais qui a changé parce que les années sont passées.

MOI : Vous vous connaissez bien Monsieur SEFNO. Vous avez très bien compris les choses et analyser les choses.

MR SEFNO : on est accroché au bon souvenir. Mais pour retrouver cette saveur-là ?! Mais là vraiment j'ai pas envie de repartir là-dedans de retrouver.

Question 3

Le suivi que ça vous avait eu en tabacologie, vous a-t-il aidé ? Ce suivi a-t-il influencé votre abstinence ?

MR SEFNO : ah bah oui complètement ah oui oui oui. Ah mais c'est grâce à vous, c'est grâce à vous que j'ai réussi. Oui que j'ai réussi arrêter de fumer.

MOI : est-ce qu'on pourrait dire que ça vous a guidé, soutenu ?

MR SEFNO : ah bah oui, c'est ce qui motive c'est ce qui fait tenir. C'est ce qui fait rester dans l'objectif. Quand on a un objectif, le fait d'avoir des consultations régulières ça fait tenir. On garde cet objectif en point de mire et on le vit toujours. Parce que si on est tout seul c'est trop difficile. C'est trop dur tout seul.

MOI : en effet, arrêter de fumer est un véritable combat si je puis dire. Et il est important d'être soutenu dans cette aventure.

MR SEFNO : limite on a envie de le faire pour quelqu'un, pour les autres. Mais oui parce qu'on envie de faire plaisir aux autres limites ce n'est pas que pour soi. Et après ça fait tellement plaisir de dire aux autres « ouais j'ai arrêté de fumer !! » *(rires)*

MOI : bien sûr. Est-ce que vous êtes fiers de vous ?

MR SEFNO : bah ouais ouais !! ouais. Et de voir les autres me dire mais tu fumes plus ? Et de répondre non ça fait plaisir.

MOI : c'est bien vous pouvait de vraiment fier de vous ! Et votre famille est fière de vous ?

MR SEFNO : ah oui très fier de moi.

MOI : qu'est-ce qui vous a motivé arrêter de fumer ?

MR SEFNO : bah c'était quand ... bah c'était quand on s'est rencontré la première fois il y a cinq ans. J'étais venue avec de patients du CMP et une infirmière. Avec l'atelier journal on avait fait un focus sur le tabac. Et les infirmières nous avaient dit qu'il y avait un service d'addictologie alors on avait pris rendez-vous avec vous.

MOI : ouiiii en effet je me souviens très bien. D'ailleurs dès trois patients vous étiez celui qui en savait le plus sur le tabac.

MR SEFNO : oui j'avais beaucoup lu de choses parce que je m'interrogeais déjà sur ma consommation.

MOI : vous pensez que le fait d'avoir lu et le fait de s'être entretenu avec moi ce jour-là vous a aidé à passer le cap à prendre la décision d'arrêter de fumer ?

MR SEFNO : oui complètement et puis ce que j'avais apprécié c'est que vous nous aviez présenté tous les différents substituts nicotiniques qu'il existait vous nous aviez expliqué comment les utiliser. C'est là où j'avais vu la Nicorette spray. Elle avait attiré mon attention !

MOI : Oui, tout à fait.

MR SEFNO : le fait de discuter avec vous a eu un déclic qui s'est fait progressivement. Ça fait son petit chemin dans ma tête.

MOI : jusqu'au jour où vous avez pris le téléphone pour prendre rendez-vous avec moi.

MR SEFNO : ouais ouais c'est ça

MOI : et vos motivations ? Vous souvenez de vos motivations ?

MR SEFNO : santé, financier. Ouais c'était surtout ça !

MOI : et aujourd'hui vous vous rendez compte que vous avez une meilleure santé que vous avez fait des économies ?

MR SEFNO : oh bah oui parce que les liquides ça coûte beaucoup moins cher. Après c'est sûr qu'acheter lavabo te ça coûte cher sur le moment mais après c'est rentabilisé dans le temps.

MOI : oui bien sur

Question 4

Et aujourd'hui, quel est votre rapport avec la cigarette ? Est-ce que vous utilisez votre vapoteuse de la même façon que vous utilisiez votre cigarette ?

MR SEFNO : oui c'est vrai on peut dire ça. Parce que dès que je me réveille je l'utilise. Je l'ai avec moi dans la chambre. Parce qu'après les cauchemars que j'ai faits j'ai besoin de souffler un peu.

MOI : Oui oui. Comment vous pourriez définir ce qu'elle vous apporte particulièrement le matin après avoir fait des cauchemars ?

MR SEFNO : je dirais que c'est comme une tétine. Comme un enfant quand il pleure on lui donne sa tétine. Moi si j'ai pas la vapoteuse et si j'ai pas la nicotine ça va pas. Je mettrai trop de temps à émerger je ne pourrai pas tenir. Si j'avais pas la cigarette électronique je retombera dans la cigarette.

MOI : oui. Je vous félicite Monsieur SEFNO, vous avez trouvé quelque chose qui vous apporte toujours du plaisir, vous rassure et ce de façon moins toxique. Vous avez réussi à maintenir un équilibre plus sainement. C'est très bien c'est très bien. Vous vivez des choses très difficiles. La maladie schizophrénique est une maladie compliquée. Se réveiller en ayant fait des cauchemars aussi durs qu'ils soient, c'est difficile de vaquer à ses occupations pendant la journée et de faire abstraction.

MR SEFNO : c'est ça c'est exactement ça et vous savez il y a ces cauchemars il y a tout ce qui se passe au long de la journée. C'est exactement ça s'est compliqué c'est une maladie tellement difficile. Vous savez je prends un traitement qui est lourd. Je ne travaille pas je ne peux pas travailler, et le seul plaisir que je peux avoir la seule chose qui me permet de tenir c'est cette cigarette électronique.

MOI : avec la vapoteuse, vous sentez comment dans votre corps ?

MR SEFNO : je me sens mieux je me sens plus apaisée, j'ai plus de souffle. Et puis financièrement ça me coûte beaucoup moins d'argent. Et je suppose qu'au niveau de la santé ça doit aller mieux aussi.

MOI : bien sûr

MR SEFNO : mais à la fin les cigarettes je les appréciais plus trop. Je fumais un tout petit peu et je la jetais rapidement.

MOI : vous avez arrêté au bon moment parce vous étiez à l'écoute de vous. Vous avez observé les choses, vous avez bien ressenti les choses, je vous félicite. C'est un travail très difficile, tout le monde n'est pas capable de faire. Mais vous vous l'avait fait.

MR SEFNO : oui c'est vrai j'en suis fier

MOI : quand on est fumeur, on dit que sortir appréhender le monde avec cette cigarette donne une contenance vous en pensait quoi ?

MR SEFNO : en effet pour moi il était vraiment difficile de sortir, j'avais l'impression d'être à nu dehors. C'est ce que j'avais ressenti quand j'avais arrêté de fumer et que je n'avais juste que le spray nicotinique à la menthe. Avec cette cigarette ça me donnait la contenance. Et en effet avec la cigarette électronique j'ai retrouvé cette contenance. Ça donne confiance en soi d'avoir quelque chose avec soi.

On a l'impression de faire quelque chose alors qu'on ne fait pas grand-chose ou en fait, si ! On fait quelque chose, quelque chose qui n'est pas bien ! (*rires*)

En effet ça me donne confiance en moi. La cigarette électronique elle me donne confiance en moi.

MOI : Oui

MR SEFNO : ça me donne plus confiance en moi mais il y a quelquefois je vois le regard des gens fixés sur moi. Parce qu'au départ on ne sait pas accès cigarette électronique et c'est vrai que la mienne est particulièrement grosse. Alors je vois les gens qui observent et qui se demande ce que j'ai dans la main. (*Rires, rires*)

Moi : alors du coup ça fait l'inverse vous attirer le regard (*rires*)

MR SEFNO : (*rires, rires, rires*) oui oui ! Mais vous savez comme je vois des gens qui ont une cigarette électronique je les regarde limite pour comparer à la mienne !! (*Rires, rires*) je me dis ah c'est moi qui ai la plus belle ! (*Rires, rires, rires*)

MOI : *Rires*

MOI : aujourd'hui votre rapport à la cigarette, vous diriez qu'il est ... fragile ?! vous vous sentez sur ? Que diriez-vous ?

MR SEFNO : tant que j'ai ma cigarette électronique, je ne prendrai pas de cigarettes. Mais j'avoue que j'ai peur de reprendre une cigarette.

MOI : Oui oui, peur ?

MR SEFNO : oui parce que j'ai besoin de ma cigarette électronique je ne peux pas rester 1h ou 2 heures sans vapoter.

Moi : elle vous rassure

MR SEFNO : oui et j'ai besoin de nicotine ! Alors du coup à la maison j'ai gardé une Nicorette spray et j'ai acheté des gommes à la nicotine parfum menthe. Au cas où, mais de cigarette électronique tombe en panne.

Moi : Ah oui ? Bravo alors là je vous félicite, je vous félicite pour ses stratégies que vous avez mises en place. En ayant le spray et les gommes vous mettaient toutes les chances de votre côté pour ne pas reprendre une cigarette. Bravo vraiment bravo. On voit votre volonté ici pour ne pas reprendre une cigarette.

MR SEFNO : voilà j'ai de substituts à la maison au cas où !

MOI : Bravo

MR SEFNO : ah oui franchement je ne veux pas reprendre une cigarette après tous ces efforts !

Moi : je vous félicite vraiment sincèrement, parce que beaucoup de personnes, de patients veulent arrêter leur tabagisme mais n'y parviennent pas. Certains diminuent ce qui est déjà très bien mais peu arrive à arrêter complètement.

MR SEFNO : Ah oui ? Alors c'est un beau parcours ?

Moi : oui oui

Question 5

Qu'est-ce que vous a appris cette expérience d'arrêter le tabac ?

MR SEFNO : (blanc de 6 secondes, réfléchi, regarde en l'air). Ce que m'a appris cette expérience bah ouais c'est que lorsqu'on a objectif et qu'on veut le réaliser, cela prend du temps, du courage, de la patience. Et qu'il faut essayer plusieurs fois et ... et qu'il ne faut pas lâcher malgré tout ce qu'il peut se passer dans la vie, dans le quotidien. Ça rend fier, je suis fier de moi. On est content en fait.

MOI : vous vous sentez plus libre ou pas ?

Mr SEFNO : Plus libre dans le sens où la cigarette ne me fera pas de mal comparé à la cigarette. Je me sens libre de mon choix, libre de faire ce que je veux.

MOI : Vous avez réussi votre objectif donc !

MR SEFNO : ah oui oui oui. C'était dur, c'est... c'est comme plein de chose, c'est le combat d'une vie.

MOI : Le combat d'une vie que vous avez relevé !

Pour terminer cet entretien, avez-vous une dernière chose à me dire Monsieur SEFNO ?

MR SEFNO : Bah ... merci pour cet entretien, ça m'a fait très plaisir

MOI : C'est moi qui vous remercie.

MR SEFNO : Merci pour votre aide dans ce parcours qui m'a beaucoup aidé. Grâce à la régularité de nos consultations et grâce à vous j'ai réussi.

MOI : je vous remercie moi aussi car j'ai beaucoup appris avec vous. Vous êtes un patient très intéressant.

Avec du recul, auriez-vous souhaité que l'on vous propose d'autres alternatives pour un sevrage tabagique ?

MR SEFNO : Non, non.

MOI : je vous remercie Mr SEFNO.

Talon sociologique

Date de naissance : 18 / 02/ 1983 Age : 36 ans

Sexe : ☐ Féminin ☒ Masculin

Statut familiale :

3. Célibataire

Nombre d'enfants : 0

Nombre de personnes vivants au foyer (y compris le participant) : 2, vit avec sa mère

Type de logement : appartement

Activité professionnelle : ☐ Oui ☒ Non

Il n'a jamais travaillé

Niveau d'études : seconde

Sources de revenu : AAH soit 840 euros par mois.

Protection sociale : ☒ Sécurité sociale avec complémentaire

Annexe IV : Autorisation de recherche clinique



VILLE-ÉVRARD
ÉTABLISSEMENT PUBLIC DE SAN

—
UNITE DE RECHERCHE SA/DJ

☎ 01.43.09.32.32

**Neuilly sur Marne,
Le 9 octobre 2018**

Affaire suivie par :
Unité de recherche Dr Dominique JANUEL

Objet : Autorisation de Recherche

Madame, Monsieur,

Je soussignée Madame Sophie ALBERT, directrice de l'Etablissement Public de Santé Ville-Evrard, en tant que promoteur, autorise l'Unité de Recherche Clinique de l'EPS Ville-Evrard, sous la direction du professeur MILLET, à réaliser le projet hospitalier de recherche clinique Nationale intitulé : « **Identifier les Facteurs de Rechute ou de maintien de l'abstinence chez les patients souffrant de Schizophrénie en sevrage Tabagique complet : étude pilote, multicentrique, quantitative, qualitative et rétrospective FRT SCZ** ».

Je vous prie de croire, Madame, Monsieur, à l'expression de mes salutations les meilleures.

Madame Sophie ALBERT

Annexe V : Récépissé de déclaration de conformité à une méthodologie de référence

RÉCÉPISSÉ

DÉCLARATION DE CONFORMITÉ À UNE MÉTHODOLOGIE DE RÉFÉRENCE

Numéro de déclaration

2212509 v 0

du 23 mars 2019

Madame TARDIVEL Virginie
EPS VILLE EVRARD
ADDICTOLOGIE
202 AVENUE JEAN JAURÈS
93330 NEUILLY SUR MARNE

À LIRE IMPÉRATIVEMENT

La délivrance de ce récépissé atteste que vous avez transmis à la CNIL un dossier de déclaration formellement complet. Vous pouvez désormais mettre en œuvre votre traitement de données à caractère personnel.

La CNIL peut à tout moment vérifier, par courrier, par la voie d'un contrôle sur place ou en ligne, que ce traitement respecte l'ensemble des dispositions de la loi du 6 janvier 1978 modifiée en 2004. Afin d'être conforme à la loi, vous êtes tenu de respecter tout au long de votre traitement les obligations prévues et notamment :

- 1) La définition et le respect de la finalité du traitement,
- 2) La pertinence des données traitées,
- 3) La conservation pendant une durée limitée des données,
- 4) La sécurité et la confidentialité des données,
- 5) Le respect des droits des intéressés : information sur leur droit d'accès, de rectification et d'opposition.

Pour plus de détails sur les obligations prévues par la loi « Informatique et libertés », consultez le site Internet de la CNIL : www.cnil.fr.

Nom : EPS VILLE EVRARD

269300965

Service : ADDICTOLOGIE

Code NAF ou APE :
8610Z

Adresse : 202 AVENUE JEAN JAURÈS

Tél. : 0143093096

Code postal : 93330

Fax. :

Ville : NEUILLY SUR MARNE

Traitement déclaré

Finalité : MR3 - Recherches dans le domaine de la santé sans recueil du consentement

Transferts d'informations hors de l'Union européenne : Non

Fait à Paris, le 23 mars 2019
Par délégation de la commission

Marie-Laure DENIS
Présidente

Résumé

Contexte : Le prévalence du tabagisme chez les patients souffrant de schizophrénie 2 à 3 fois plus élevée que dans la population générale. Il constitue un problème de santé publique majeur. Ces patients atteints d'affections psychiatriques sont motivés à cesser de fumer mais les taux de réussite sont plus faibles que dans la population générale. L'objectif de notre étude était de comprendre et de décrire les stratégies que mettent en place les patients présentant une schizophrénie pour maintenir leur sevrage tabagique.

Méthode : Il s'agit d'une étude qualitative semi-directive sur six mois permettant l'analyse de contenu de cinq patients suivis en intra ou en extra hospitalier à l'établissement public de santé de Ville Evrard. Ces patients volontaires au sevrage tabagique ont bénéficié d'une prise en spécifique par un spécialiste de la tabacologie associé à un traitement de substitution nicotinique.

Résultats : L'accompagnement par une infirmière de tabacologie, le positionnement du patient en partenariat au regard de son projet de vie plus l'association de substituts nicotiniques sous différentes formes sont les trois stratégies mises en place par les patients pour maintenir leur sevrage tabagique.

Conclusion : Le sevrage tabagique n'entraîne pas de décompensation des troubles et permet une amélioration significative de la santé mentale. Le sevrage valorise les patients, leur permettant de reprendre le plein pouvoir sur leur vie. Un pouvoir thérapeutique donnant naissance à une identité et une intégrité satisfaites.

Mots clés : tabagisme, arrêt du tabac, schizophrénie, patients psychiatriques, stratégies.

Abstract

Background: The prevalence of smoking in patients with schizophrenia 2 to 3 times higher than in the general population. It is a major public health problem. Schizophrenic patients are motivated to quit smoking, but success rates are lower than among the general public. The objective of our study was to understand and describe the strategies that patients with schizophrenia use to continue their abstinence from smoking.

Method: This is a six-month semi-directive qualitative study that followed five patients at the Ville Evrard public health facility. These patients were seen by a tobacco specialist nurse, who offered nicotine replacement therapy.

Results: The three strategies put in place to keep the patients from starting smoking again were support by a tobacco nurse, positioned the patient in partnership with his in her life project associated with nicotine substitutes.

Conclusion: Stopping smoking does not cause decompensation of disorders, and indeed significantly improves mental health. Quitting smoking increases patients' self-worth, allowing them to again more control over their lives.

Keywords: Smoking, quitting smoking, schizophrenia, psychiatric patients, strategies.